Nr. 25. 23. czerwca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Norbert PRAEGER. Lwów.

O związkach między zjawiskami psychopatologicznemi a kulturalnemi.

Z Zakładu dla umysłowo-chorych w Kulparkowie. Dyrektor: Dr. Józef Bednarz.

Dokończenie.

Nadmierne nasilenie cech psychopatycznych prowadzi prostą drogą do konfliktów z urządzeniami prawno-społecznemi. W zbyt dużym niestosunku między bodźcem a reakcją, przy osłabionej możności opanowania afektów, mieści się odrazu możliwość gwałtownych, eksplozywnych wybuchów, znajdujących swój epilog na sali sądowej.

Gdy ten niestosunek obraca się w formach łagodniejszych, może on mieć znaczenie dla procesu twórczego. U senzytywnych psychopatów mamy rozszerzoną zdolność odczuwania pewnych nieznacznych już podniet, doprowadzanych przez rytm życia codziennego, których nie wyczuwa przeciętna masa ludzi środka. Z powodu niestosunku między bodźcem a odczynem, budzą one nadmierne wychylenia afektu, wzniecają niepokój intrapsychiczny, który znajduje swe ujście w twórczej pracy kulturalnej, o ile spełnione są oczywiście inne warunki, związane z pojęciem talentu.

Jeszcze szersze znaczenie ma dla naszych rozważań górowanie fantazji nad poczuciem rzeczywistości. Wszak fantazja jest jednym z najważniejszych elementów talentu poetyckiego, czy powieściopisarskiego zwłaszcza u tak zw. pisarzy fantastycznych. Ona to przekształca życie w myśl własnych życzeń, codzienne zdarzenia wypełnia nową treścią, wrażeniom i ich zachowywaniu w pamięci, nadaje odrębną cechę subjektywności.

Fantazja, dar fabulacyjny jest właściwością wspólną wszystkim ludziom, spotykamy ją już u dziecka, które w codziennych swych zabawach kształtuje świat na swoją modłę, zmieniając go w bajkę (Freud). Ta sama czarodziejka rządzi naszemi marzeniami dziennemi, z pod których wpływu umiemy się jednak każdej chwili otrząsnąć, wracając z świata marzeń do rzeczywistości.

Doświadczenie kliniczne uczy nas, że istnieją wypadki, w których fantazja jest tak wybujała, że wdziera się w życie realne, prowadząc do zaniku granicy między swemi wytworami a rzeczywistem życiem. Wytwory fantazji stają się subjektywną prawdą i nadają kierunek działaniom, sprzecznym niekiedy z kodeksem karnym. W wypadkach tej *„pseudologia phantastica"*, fantazja staje na usługach własnych życzeń, występuje nadmierne uczuciowe oddanie się jej wytworom. Osobnik nią dotknięty wżywa się w rolę przez się wymyśloną, odgrywa ją z tonem szczerej, fascynującej otoczenie prawdy, działa stosownie do wymyślonej przez siebie sytuacji.

Nadmiernie wybujała fantazja nie zawsze prowadzi na drogę kryminalną, popycha ona niekiedy do rzeczywistego poszukiwania przygód. Gnani swą fantastyczną wyobraźnią pędzą psychopaci tego pokroju niczem nieskrępowane, koczownicze życie, znajdujemy ich wśród poszukiwaczy złota, myśliwych na dawnym dzikim zachodzie Ameryki, w legji cudzoziemskiej, ale i wśród geograficznych ekspedycyj naukowych. Rzeczywiście przeżyte przygody stapiają się z wymyślonemi w jedną całość i tworzą dla nich „subjektywną" prawdę.

Wartości kulturalnej nabiera taka wybujała fantazja, gdy osobnicy nią dotknięci przeżywają swe przygody w myślach i na papierze, powstają wtedy utwory pełne swoistego uroku. Zjawisko podstawowe jest jednak to same, korzeniami swemi tkwi i twórczość fantastyczna i karjera psychopaty dotkniętego „pseudologją" w nadmiernie wybujałej fantazji. Różne są tylko kierunki ekspanzji, choć i te zlewają się niekiedy w jednej osobie jak n. p. w Karolu Mayu, któremu nie obca była „karjera" kryminalna i powodzenie literackie. Podobnie Jack London był równocześnie włóczęgą, poszukującym przygód po wszystkich lądach i morzach i znakomitym powieściopisarzem.

Z rozważań tych nie można żadną miarą wyciągać wniosku, że wystarczy być psychopatą, aby zostać wytwórcą nowych wartości kulturalnych. W pierwszym rzędzie konieczne są te właściwości intelektualne, które obejmujemy nazwą talentu. Pojęcie talentu nie jest natomiast równoznaczne z psychopatją. Faktem jest jednak, że psychopatja i talent, czy nawet genjusz często (ale nie zawsze!) łączą się w jednej osobie i że pewne cechy psychopatyczne mogą mieć znaczną wartość dla procesu twórczego. Akta tej sprawy nie są jeszcze zamknięte, problem „twórczość a psychopatja" czeka jeszcze swego rozwiązania. Twierdzenie Segalina, że na genjusz składa się symbioza psychopatji i talentu, jako dwóch krzyżujących się dziedzicznych składników, nie jest oparte na dostatecznym materjale empirycznym, wszak znamy wybitnych twórców, bez jakiejkolwiek cechy psychopatycznej.

Utrzymywaliśmy dotychczas nasze rozważania o związku między psychopatją a twórczością w ramach ogólnych, obecnie zaś dla przykładu wskażemy bezpośredni wpływ płynący z psychopatycznego ustosunkowania się do życia, na samą treść twórczości. Znalazł on dobitny wyraz w dziełach Schopenhauera. Schopenhauer jest typem depresyjnego psychopaty, nastrojonego lękliwie wobec wszelkich przejawów życia. Nękany myślami hypochondrycznemi, żył on w zupełnem odosobnieniu, ponieważ podejrzliwością swą odpychał otoczenie. Zasadnicze nastawienie psychopatów tego typu, wobec świata i życia jest pesymistyczne, pesymizmem tym jest przepojona cała twórczość Schopenhauera.

Świat wedle Schopenhauera jest najgorszym z możliwych, optymizm głupotą nie do darowania. Poza światem jako wyobrażeniem kryje się, jako rzecz sama w sobie, wola, źródło wiekuistych cierpień. Popycha ona nas wiecznie ku nowym celom, których ziszczenie się służy za punkt wyjścia dla nowych pragnień, utrzymujących człowieka w wiekuistym kole udręczeń. Tylko w bezinteresownej, pozbawionej udziału woli, kontemplacji, w artystycznej i estetycznej twórczości znaleźć możemy ulgę w cierpieniach.

Po zestawieniu zasadniczego tonu twórczości Schopenhauera z cechami jego depresyjnej konstytucji psychopatycznej, ujawnia się odrazu, że zasadniczą rolę odegrała tu nie objektywna praca myślowa, lecz momenty subjektywne, płynące z jego psychopatją uwarunkowanego nastawienia wobec życia.

Jeśli sobie ten związek uświadomimy, zbliża nas to do głębokiej prawdy wypowiedzianej przez Jaspersa, że światopogląd jest często apologją, pokrywającą następowo rzeczy, pochodzące z innych źródeł, niż objektywna praca myślowa. (Patrz też Nietzsche — „Genealogja moralności"). Ten kąt widzenia wyświetla nam między innymi antifeminizm i antiseksualizm Weiningera, jako ideologię znajdującą swe wytłumaczenie w jego własnej aseksualnej konstytucji.

Za daleko nie wolno jednak iść na tej drodze, — „często" nie oznacza „zawsze". Twierdzenie zwolenników „psychologji indywidualnej" (Adler), że „wszelka spekulacja filozoficzna wyrasta z poczucia mniejszowartościowości" (Wexberg) jest pozbawiona jakichkolwiek podstaw i wynika z jednostronnego przeceniania przez psychologów tego kierunku „poczucia mniejszowartościowości" i t. zw. „tendencyj ubezpieczających" (Sicherungstendenzen), które tę mniejszowartościowość zasłaniają.

Rozważań naszych nie możemy zamknąć w kole histerji i psychopatji — rozciągniemy je też na stany psychotyczne, pytając, czy i z tych źródeł nie płyną jakieś wpływy, znajdujące swój wyraz w wytworach kulturalnych? Z psychozą spływa na osobnika nią dotkniętego, bezlik nowych i niezwykłych przeżyć i odczuwań, które znajdują swe odzwierciedlenie nietylko w codziennym aparacie wyrazowym, w mimice, wynurzeniach i działaniach, ale zależnie od skłonności, także i w twórczości kulturalnej, w poezji, sztukach plastycznych, budowaniu systemów filozoficzno-religijnych i t. p.

Takie oddziaływanie na przeżycia psychotyczne jest oczywiście związane z pewnemi indywidualnemi właściwościami, posiew musi paść na odpowiednią glebę, aby wydać plon. Szczególnie pouczające są więc wypadki, w których ofiarą psychozy padają ludzie utalentowani, zwłaszcza o ile już przed psychozą znajdowali się w pełnej działalności na polu kulturalnem. Porównanie fazy twórczości przedpsychotycznej z po- lub wśródpsychotyczną, wykazuje nam wpływ, jaki przeżycia psychotyczne na nią wywarły. Wpływ ten waha się oczywiście w szerokich granicach. Działanie deliryjnych stanów toksycznych jest zasadniczo różne od daleko idących zmian spowodowanych schizofrenją.

Przeżycia w toksycznych delirjach, mają raczej charakter przedmiotowy, dostarczają one fantazji twórczej moc nowych elementów, które talent przetapia w wartości kulturalne, podobnie, jak to się dzieje z motywami płynącemi z przeżyć „normalnych". Rozkoszne halucynacje, wyczarowane przez opjum i haszysz, wzbogacają paletę o nowe barwy, nadające niezwykłego blasku dziełom Baudelaire'a, Coleridge'a, Quincey'a i Poe'go. Pojawiały się przed ich oczyma czarowne pejsaże o nieziemskiej piękności, „płynęły kaskady płynnego złota i widnokrężne katarakty rubinów, szafirów i onyksów" (Poe), ożywiały sztuczne raje, czas i przestrzeń zatracały swe granice. Przeżycia z tych majaczeń płynące, dostarczyły tylko nowych cegiełek, źródła patologiczne wzbogaciły ilościowo treść twórczości, gmach jej zbudowały jednak nie środki narkotyczne tylko talenty poetów.

Odmienny wpływ wywiera schizofrenja. Psychoza ta pociąga za sobą daleko idące przemiany całej osobowości, zmieniając człowieka zmienia w nim równocześnie artystę i zmusza do szukania nowej formy wyrazu. Wraz z schizofrenją pojawia się zupełnie nowy, często dla nas niezrozumiały świat przeżyć i myśli. Dotychczasowy gmach kojarzeń ulega rozluźnieniu, połączenia pojęć i wyobrażeń związanych doświadczeniem — rozbiciu. Przedstawienia kierownicze odpadają, dyrektywy logiczne tracą swe znaczenie, afekty uzyskują przewagę, wszystko, co nie leży na ich linji, ulega odszczepieniu. Górowanie afektu pogłębia jeszcze bardziej odchylenie od logicznego myślenia (logische Schnitzer Bleulera), pojawiają się urojenia, osobnik zasklepia się w świecie swych życzeń i urojeń, nie zwraca uwagi na obok niego toczący się strumień życiowy (autyzm) osobowość zatraca swą jednolitość, ulega daleko idącemu rozpadowi, reprezentują ją poszczególne kompleksy. Odżywają mechanizmy archaiczne (Storch). Gubią się granice między „ja" a światem zewnętrznym, zatraca się różnica między spostrzeżeniem a wyobrażeniem, zaciera napięcie między przedmiotem a podmiotem. Przedmioty martwe i osoby żywe z zewnątrz mogą ulec wciągnięciu w rozszerzoną jaźń, równocześnie zaś promieniuje jaźń ku przedmiotom martwym i ożywia je. Słowa ulegają materjalizacji, ich wypowiedzenie równa się utracie własnej substancji. Życzenia i myśli uzyskują równowartość z działaniem zmierzającem ku ich ziszczeniu (Allmacht der Gedanken — Freuda). Odżywa wiara w działanie na odległość, chory trwając w bezruchu katatonicznym, wstrząsa w swem mniemaniu wszechświatem. Związki przyczynowe ustępują miejsca magicznym, o zespoleniu zjawisk w łańcuch przyczyny i skutku decyduje wspólne ich zabarwienie uczuciowe, nie zaś doświadczenie, oparte na wielokrotnych spostrzeżeniach. Świat przestaje być układem prawidłowym jak machina, staje się kapryśny jak sen lub bajka.

Gdy granice osobowości ulegają zatracie, łatwo o przeżycia metafizyczne, osobowość rozszerza się często w nieskończoność (kosmiczna identyfikacja), rzutuje wtedy własne swe wstrząśnienia duchowe w kosmos i odczuwa je, jako katastrofę w wszechświecie. Chory zlewa się niekiedy z inną osobą lub przedmiotem w mistycznem zespoleniu. Ginie i zmartwychwstaje w innej postaci.

Schizofrenja pogrąża chorego w całkiem odmiennym świecie bytowania duchowego, fale jej noszą ze sobą olbrzymią ilość przeżyć i odczuwań, które wzbogacają fantazję twórczą o nowe elementy. Przeżycia te są jednak zanurzone w niezwykłej atmosferze, nie odgrywają więc roli czysto przedmiotowego tworzywa, zasilającego ilościowo treść twórczości, jak to widzieliśmy przy delirjach toksycznych, ale zmieniają zasadniczo jej ton i linję. U schizofreników spotykamy zasadnicze zwroty. Strindberg naturalista staje się mistykiem, pełnym mglistych niejasności, u malarza Josefsona — zaznacza się olbrzymia rozbieżność między naturalistycznemi dziełami z okresu przedchorobowego, a „magiczno-demonicznemi" (Jaspers) obrazami malowanemi w czasie psychozy. U Swedenborga występuje zasadnicza zmiana kierunku twórczości, zarzuca on swe prace przyrodnicze i stwarza system teozoficzny, oparty na przeżyciach psychotycznych.

Oryginalną koncepcję co do znaczenia schizofrenji dla procesu twórczego rozwinął Jaspers. Wedle tego autora rozwiera się w początkach schizofrenji całkiem nowy świat, którego nie można nawet uchwycić i scharakteryzować jeszcze słowami, odsłaniają się głębie metafizyczne, chory doznaje objawień wzbudzających grozę i błogość najwyższą. Życie schizofreników staje się namiętne, niepohamowane, wprost „demoniczne", pojawiają się oni „w świecie ciasnych ludzkich horyzontów, jak lśniący meteor, który gaśnie tak szybko, że jego obecności nie zdążamy sobie nawet uświadomić" (Jaspers). Ten demonizm tkwi zdaniem Jaspersa pod powierzchnią normalnego życia psychicznego, lecz dopiero proces schizofrenijny, rozluźniając strukturę życia duchowego, powoduje erupcję strumienia demonicznego i metafizycznego, który przepaja życie i dzieła schizofreników. Tylko prawdziwy talent znajduje wyraz dla tych podmiotowych przeżyć, które dopiero wtórnie w dziełach przez chorych wytworzonych, stają się przedmiotowe i dostępne naszemu zrozumieniu.

Wpływ schizofrenji, pojętej w sposób Jaspersa, polega na wyzwoleniu pewnych na dnie duszy ludzkiej drzemiących pierwiastków. Koncepcja Jaspersa opiera się głównie na intuicji, analiza twórczości Hölderlina i Van Gogha (ten ostatni był naszem zdaniem epileptykiem, przeżyciom zaś Strindberga i Swedenborga przypisuje Jaspers rolę czysto przedmiotową) nie dostarcza jeszcze dostatecznych podstaw do wysnuwania tak daleko idących wniosków.

Analiza sposobu myślenia schizofreników, przeprowadzona pod genetycznym kątem widzenia, rzuciła też snop światła na istotę t. zw. ekspresjonistycznego kierunku w sztuce. Nie chcemy przez to powiedzieć, że ekspresjoniści są schizofrenikami, a dzieła ich schizofrenją, jako przyczyną uwarunkowane, wskażemy tylko ne pewne analogje.

Myślenie nasze jest zasadniczo abstrakcyjne, podkłady obrazowe naszych myśli pozostają w podświadomości, tam odbywa się synteza obrazów w pojęcia oderwane. Gdy wypowiadamy gotowe już pojęcie oderwane, gdzieś na obwodzie świadomości ulegają wprawdzie pewnemu pobudzeniu składniki obrazowe na nie się składające, nie wchodzą jednak w ośrodkowe pole świadomości. Posługujemy się wprawdzie w myśleniu naszem symbolami i przenośniami, w wypadkach tych rzutujemy jednak gotowe pojęcie wstecznie w obraz, przekładamy niejako język abstrakcyjny w obrazowy, aby się plastyczniej wyrazić. W schizofrenji odbywa się regresja do rozwojowo starszego sposobu myślenia, staje się ono z abstrakcyjnego obrazowem. Gdy schizofrenik na wyrażenie swej miłości używa zwrotu, że — pali go ogień — rozumie on to, podobnie jak człowiek pierwotny, w sposób dosłowny. Kompleks obrazów składających się na ogień zastępuje w świadomości oderwane pojęcie miłości. Podobnie nie są dla schizofrenika plastycznem tylko powiedzeniem, zwroty jak — garstka prawdy, szczypta uczciwości, czarna rozpacz, suchy humor i t. p. (Storch).

Jeden z pacjentów Kretschmera chwytał niejako na gorąco rozpad abstrakcyjnych pojęć w składające się na nie asyntaktyczne serje obrazów. Gdy zjawiało się w jego świadomości pojęcie nieskończoności przestrzeni, rozpadało się ono w obrazy. „pojawiały się wieże, koła za kołami, walec wrzynający się w całość obrazu, wszystko to poruszało się i wzrastało, koła się pogłębiały w walce, wieże pięły się w górę, stając się coraz bardziej strzeliste". Wyobraźmy sobie — powiada Kretschmer — tę serję obrazów rzuconą na papier, zaopatrzmy ten rysunek tytułem „Nieskończoność", otrzymamy wtedy typowy obraz ekspresjonistyczny.

Ekspresjonizm wykazuje więc, podobnie jak schizofrenja, wybitne powinowactwo do archaicznych, genetycznie starszych stadjów naszego życia duchowego, w których asyntaktyczne serje obrazów zastępowały dzisiejsze myślenie oderwane. Podobieństwo sięga jeszcze głębiej. Obrazowaniem prymitywnem rządzą pewne charakterystyczne „prawa stylizacji" (Kretschmer). Należy do nich — między innemi — tendencja do upraszczania kształtów drogą upodobniania ich do najprostszych figur geometrycznych. Cechę tę znajdujemy u schizofreników, ale i u kubistów. Spotykamy tu dziwne zjawisko, że kierunek artystyczny i wsteczny, chorobą spowodowany sposób myślenia, odnajdują się na wspólnej platformie, archaicznego stadjum rozwojowego ludzkiego ducha.

Znaczenie i wpływ innych psychoz na twórczość kulturalną, jest znikomy.

O paranoji jest trudno coś charakterystycznego powiedzieć ze względu na płynność granic tego schorzenia, które coraz bardziej roztapia się w innych jednostkach chorobowych. Dramaty napisane przez paranoika Wagnera von Degerloch (Gaupp), to raczej udramatyzowana autobiografja o wartości czysto psychjatrycznej.

Psychoza maniakalno-depresyjna, nie odgrywa prawie żadnej roli. W stanie depresji jest wszelka twórczość zniweczona zahamowaniem psychicznem, dochodzącem niekiedy do monoideizmu. W fazie maniakalnej, zaznacza się wprawdzie pęd do szerokiej działalności na wszystkich polach a więc i w dziedzinie kulturalnej, wskutek jednak charakterystycznych zmian w sposobie myślenia, których tu omawiać nie będziemy, twórczość chorych maniakalnych ma więcej charakter rozpoznawczy niż kulturalny.

Stany głuptactwa wychodzą siłą rzeczy poza ramy naszych rozważań.

Psychozy organiczne działają destrukcyjnie, powodują rozkład nie wnosząc zasadniczo żadnych nowych pierwiastków. Wystąpił on szczególnie wyraźnie w ostatniej fazie twórczości Nietzschego którego „Ecce homo“ czytamy wprost jak karty historji choroby porażeńca. Z psychoz organicznych zasługuje na pewne omówienie padaczka, a to ze względu na osobę Dostojewskiego. Rodzaj i charakter jego twórczości jest ściśle zespolony z patologicznemi przeżyciami autora. Cały szereg z realizmem i bezpośredniością odmalowanych stanów psychicznych, właściwych epileptykom, nie zawdzięcza swego pochodzenia czystej intuicji, która siłą rzeczy ma swe granice, ale nosi charakter wstrząsającej prawdy, oddzielającej je od wytworów czystej fantazji. Epilepsja zasiliła więc strumień twórczości Dostojewskiego o pewne dopływy, płynące z przeżyć nią spowodowanych. Jest to wypadek wyjątkowy. Zasadniczo prowadzi epilepsja, jako schorzenie organiczne mózgu, do otępienia i podcina wszelką twórczość już u korzeni.

Na zakończenie musimy jeszcze naszkicować stosunek psychjatrji klinicznej do badań z zakresu „psychopatologji kultury“ (Birnbaum). Znaczenie ich nie ogranicza się tylko do wyświetlenia procesu twórczego od strony psychopatologicznej, wyniki ich służą równocześnie jako materjał kliniczny.

Zwichnięte psychozą życie duchowe człowieka, przejawia się na zewnątrz za pośrednictwem aparatu wyrazowego: mowy, mimiki, ruchów, działań i t. p. Rozciągnięcie badań na sferę wyrazu kulturalnego, rozszerza znacznie dostęp do chorej duszy, uzyskujemy niejako nową ścieżkę, prowadzącą w świat myśli i uczuć ludzi psychicznie chorych.

Dołącza się do tego moment szczególnej wagi. Umiejętność ujawnienia swych przeżyć na zewnątrz, waha się w szerokich granicach, zależy ona od osobniczych właściwości jednostki chorej. Mistrz słowa Strindberg znajduje dla nowych i niezwykłych psychozą uwarunkowanych przeżyć, odpowiedni wyraz. Twórczość z okresu psychotycznego, odbija jak zwierciadło jego nowe, psychozą zmienione oblicze, odsłania się przed nami kawał drgającego, miotanego psychozą życia duchowego. Przeżycia, które w ciasnej skali wyrazowej przeciętnego mieszkańca Zakładu psychjatrycznego brzmią — jeśli użyjemy porównania akustycznego — jak zamazany szept, lub niezrozumiały często bełkot, dźwięczą u Strindberga, czy Hölderlina dobitnie i wyraźnie, rozszerzają horyzont poznania psychjatrycznego i pogłębiają możliwość psychologicznego wniknięcia i zrozumienia istoty zagadkowych zmian w sposobie myślenia i przeżywania schizofreników. Niejasne przejawy ich psychozą uwarunkowanego życia psychicznego, nabierają w świetle doświadczenia zdobytego na utalentowanych schizofrenikach, charakteru zrozumiałego, zamazane kontury wyostrzają się w linje. Nie należy z tego wyciągać mylnego wniosku, że wystarczą badania nad twórczością kulturalną chorych o głośnych w świecie nazwiskach. Są one oczywiście najponętniejsze. Przynoszą dużo zadowolenia estetycznego, jeśli jednak analiza twórczości ludzi psychicznie chorych ma dostarczyć zysków klinicznych, musi się ją rozciągnąć na szerokie rzesze mieszkańców szpitali psychjatrycznych, którzy niejednokrotnie okazują pęd do działalności literacko-artystycznej, malują, rzeźbią, tworzą dramaty i poezje, budują zawiłe systemy filozoficzno-religijne i t. p.

Ocena wartości klinicznej tego materjału wahała się w zależności od poszczególnych etapów przez które wędrowała myśl psychjatryczna. W okresie, który stał wyłącznie pod znakiem pracy nad systematyką kliniczną i usilnych poszukiwań organicznego podłoża psychoz, nie zwracano uwagi na prace artystyczne chorych, albo traktowano je jako coś nadającego się do „gabinetu cudowności“ (Prinzhorn).

Poza Lombrosą przeprowadzili pierwsze poważniejsze badania w tym kierunku Francuzi, których lotny umysł celuje w wyszukiwaniu niezwykłych tematów, leżących poza utartemi ścieżkami. Tardieu, Simon Reja — byli pionierami na tym, przed nimi, odłogiem leżącym terenie. Zgodnie z wymaganiem dnia, prowadzili oni swe badania w celach djagnostycznych, kładli główny nacisk na opisywanie cech zewnętrznych, szukając w nich nowych sprawdzianów dla djagnostyki. Wraz z przesunięciem punktu ciężkości ku stronie psychologicznej, nastąpiła zmiana stanowiska. Dążność do psychologicznego wyświetlenia obrazu psychotycznego (niezależnie od djagnozy), skierowała zainteresowanie ku treści twórczości, jako jednej z dróg prowadzących w świat myśli i uczuć chorej duszy ludzkiej.

Wiele zdziałał w tym kierunku Prinzhorn. Na podstawie bardzo rozległego materjału porównawczego, wykazał on, że strona formalna twórczości nie może służyć za sprawdzian djagnostyczny. Dla schizofreników jest wedle tego autora bardziej znamienny od formy zewnętrznej „grozę wzbudzający solipsyzm“ jako wyraz autyzmu. Znany z obserwacji klinicznej, kardynalny objaw schizofrenji — znalazł więc swe plastyczne, namacalne niejako utrwalenie.

Gaupp, w analizie psychologicznej pewnych reakcji paranoicznych, wyrastających Gz podłoży senzytywnych, oparł się w niemałej mierze na dramatach napisanych przez paranoika Wagnera von Degerloch, który ubrał w formę dramatyczną wyniki autoanalizy, zbudowanej na wnikliwej introspekcji. Jeden z tych dramatów p. t. „Der Wahn“, poparł koncepcję Gauppa o afektywnej genezie niektórych form paranoji i pozwolił mu wyświetlić mechanizm psychologiczny, przekształcenia się urojeń prześladowczych w wielkościowe.

Zwrócimy jeszcze uwagę na znaczenie badań z tego zakresu w codziennej praktyce psychjatrycznej. Doświadczenie uczy, że twórczość artystyczna chorych, pozwala nam niekiedy wykryć urojenia, czy halucynacje o których inną drogą nie możemy się dowiedzieć z powodu mutyzmu, czy dyssymulacji chorego. Zatajone urojenia prześladowcze znajdują czasem swój jedyny wyraz w rysunkach przedstawiających dziwaczne maszyny i urządzenia, zapomocą których odbywają się wrogie dla chorego działania, — w innych znów wypadkach rolę modeli rysunkowych, spełniają halucynacje wzrokowe (patrz twórczość malarza angielskiego Wiliama Blake'a).

Z własnego doświadczenia mogę podać przyczynek wskazujący na konieczność bliższego zajęcia się pracami artystycznemi chorych. Jeden z obserwowanych przezemnie parafreników, po kilkumiesięcznym okresie, w którym produkował urojenia prześladowcze, począł dyssymulować. Zachowywał się zupełnie spokojnie i swobodnie, z urojeniami się tail. Nagle zażądał dotychczas bezczynny chory papieru i ołówka i w sposób uderzający zapełniał liczne kartki papieru rysunkami zakutych w stal rycerzy, opierających władczo miecz na kuli ziemskiej. Po kilku tygodniach chory ten wśród ostrego wybuchu afektu, zażądał dla siebie specjalnych praw, należnych mu jako carowi Rosji i królowi Palestyny. Transformacja urojeń prześladowczych w wielkościowe, znajdowała przez kilka tygodni swój jedyny wyraz w rysunkach chorego, w których przedstawiał siebie, jako władcę świata.

W krótkim szkicu nie sposób jest objąć całokształt olbrzymiego materjału psychopatologicznego i kulturalnego. Rozważania nasze zacieśniliśmy więc do ram najogólniejszych, już i te pozwalają nam jednak na stwierdzenie, że między zjawiskami kulturalnemi a psychopatologicznemi zachodzą liczne związki. Badając więc chorobliwie zwichnięte życie psychiczne, musimy wyjść daleko poza właściwy teren szpitalny. Linja kierunkowa badań prowadzi wprost w życie społeczne, z całem bogactwem i różnorodnością jego przejawów, wśród których poczestne miejsce zajmuje sfera kulturalna.

Piśmiennictwo:

1) Lang: Problem Genie und Irrsinn. Zentralbl. f. d. ges. Neurol u. Psych. 49. — 2) Lombroso: Genjusz i obłąkanie. — 3) Lombroso: Ueber die Entstehungsweise und Eigenart des Genies. Schmidts Jahrbücher für die ges. Med. 1907, 1908. — 4) Birnbaum: Psychopathologische Dokumente. — 5) Birnbaum: Grundzüge der Kulturpsychopathologie. — 6) Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. — 7) Jaspers: Strindberg und Van Gogh. — 8) Jaspers: Psychologie der Weltanschauungen. 9) Kretschmer: Körperbau und Charakter. — 10) Kretschmer: Medizinische Psychologie. — 11) Prinzhorn: Das bildnerische Schaffen der Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Tom. 52. — 12) Prinzhorn: Gibt es schizophrene Gestaltungsmerkmale in der Bildnerei der Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Tom. 78. — 13) Storch: Archaisch-primitives Denken und Erleben der Schizophrenen. — 14) Storch: Ueber das archaische Denken in der Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. Tom 78. — 15 Jaensch: Ueber den Aufbau der Wahrnehmungswelt. — 16) Schilder: Wahn und Erkenntnis. — 17) Freud: Drei Abhandlungen zur Seksualtheorie. 18) Freud:Der Dichter und das Phantasieren — Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. — 19) Freud: Schriften zur Neurosenlehre. — 20) Wexberg: Zur Psychopathologie der Weltanschauung. — 21) Adler: Der nervöse Charakter. — 22) James: Die religiöse Erfahrung in ihrer Mannigfaltigkeit. — 23) Ossipow: Tolstois Kindheitserinnerungen. Ein Beitrag zu Freuds Libidotheorie. — 24) Gaupp: Die dramatiche Dichtung eines Paranoikers. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. Tom 69. — 25) Reja: L'art chez les fous (przytoczone za Prinzhornem). — 26)

Simon: Annales medico-psychologiques 1876 (przytoczone za Prinzhornem). — 27) Twardowski: Filozofja średniowiecza. — 28) Schopenhauer: Die Welt als Wille und Vorstellung.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O schorzeniach mózgowych w kokluszu.

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lekarz Naczelny: Profesor Dr. Wł. Szenajch.

Ciąg dalszy.

Według Canino Renato u dzieci kokluszowych w przypadkach wolnych od powikłań daje się po napadzie stwierdzić podniesienie gorączki, które jest tem wybitniejsze, im dziecko jest młodsze i im ataki są silniejsze. Podniesienie gorączki może gwałtownie znikać, ale także dłużej trwać, nawet stale trwać. Powikłania oddechowe podnoszą podniesioną po paroxyzmie gorączkę. Dla wyjaśnienia należy uwzględnić działanie silnej czynności mięśniowej na podniesienie gorączki.

Kto obserwował uważnie dużo dzieci w czasie ciężkich ataków kaszlu kokluszowego musiał zauważyć, że nawet przy względnie nie bardzo ciężkim stanie płuc i umiarkowanej temperaturze, przy braku drgawek i braku kurczu krtani, dziecko oprócz zmęczenia i senności wykazuje stan otumanienia, aury. Czasem kaszel nagle ustaje i dziecko popada w stan śpiączki, która różnie długo trwa.

Edzio K. lat 4. Chory od miesiąca na koklusz. Dnia 24. II. 1927 zapada nagle w stan uporczywej śpiączki, która alarmuje nietylko rodziców, ale i lekarzy przywołanych. Śpiączka trwa 48 godzin, podczas których dziecko nie kaszle wcale. Dnia 26. II. nagle zanosi się w silnym ataku kaszlu konwulsyjnego i równocześnie budzi się — ożywione i zdrowe, wolne od jakichkolwiek objawów mózgowych, które się zresztą więcej nie pojawiły.

U innego dziecka kokluszowego na szczycie ataków obserwuje się taką nadmierną pobudliwość do kaszlu, że każda pobudka zewnętrzna, która uwagę dziecka budzi, jest przyczyną impulsywnego ataku. Pospischill pobudliwość tę porównuje z pobudliwością chorego na wściekliznę. Kaszel ten jest tak żywiołowy, że dziecko nad nim zapanować nie potrafi.

Z tych kilku wzmianek widoczne, że wpatrując się bliżej w objaw kokluszu, jakim jest kaszel, niepodobna nie dostrzec w nim oprócz charakterystycznych cech akustycznych także pewnych cech indywidualnych obcych innym rodzajom kaszlu, a mogących świadczyć o pewnym specyficznym toksycznym wpływie na mózg. Dowodzą tego: rytmiczność kaszlu, jego „wściekła" impulsywność i niepohamowaność, stany półomdlenia, senności lub snu głębokiego, towarzyszące silnym atakom, a wreszcie wspólne występowanie z drgawkami i wymiotami lub kichaniem, które także w jego miejsce jako ekwiwalent kaszlu występują. Patrząc na ciężko chore dziecko kokluszowe niepodobna pozbyć się pewnego wrażenia, przypominającego widok poronnych postaci encephalitis. W r. 1927 opisałem w „Pol. Gaz. Lek." typowy ciężki przypadek encephalitis postvaccinalis. Oprócz tego podałem jeden przypadek poronnej, jak miałem prawo przypuszczać, postaci encephalitis postvaccinalis.

Ponieważ oba przypadki uważałem za encephalitis lethargica, aktywowane przez virus ospowy, pozwoliłem sobie na poparcie swojej hipotezy co do poronnej postaci tego encephalitis lethargica powołać się na doświadczenie neurologów, którzy niedawno obserwowaną przez nas i w Warszawie czkawkę epidemiczną uznali za poronną postać encephalitis lethargica. Otóż niema wątpliwości, że stany ciężkich ataków kokluszowych noszą znamiona mniej lub więcej poronnych postaci zapalenia mózgu na tle zakażenia kokluszowego.

Kto zna przebieg t. zw. meningitis serosa, częstego powikłania nie tylko spraw chorobowych ucha, nosa, oka, ale towarzyszącej infekcji grypowej lub urazowi lekkiemu czaszki, kto zna efemeryczne objawy zawrotów głowy, nudności, ten zrozumie, jak często choroba ta nawet biegłym neurologom może wymknąć się nierozpoznana.

Meningitis serosa zajmuje bardzo ważne miejsce między zespołami hypertenzji śródczaszkowej. Charakteryzuje ją ogólne zwiększenie płynu mózgowego, lub jego miejscowe nagromadzenie. Faktem najgłówniejszym jest nadmierna sekrecja płynu mózgowego; dokonuje się ona albo wskutek zakażeń, albo pod wpływem pobudek odruchowych, lub podrażnień toksycznych mózgu, wyściółki komorowej, zwoju naczyniowego czy opon mózgowych.

Klinicznie daje obraz hypertenzji śródczaszkowej: a więc bóle głowy z wymiotami, zawrotami, sennością. Brak gorączki i rzadko objawy oponowe, często bóle kończyn w związku z uciskiem korzonków. Hypertenzja manometryczna płynu jest stała, ciśnienie w pozycji leżącej jest ponad 30 a może dochodzić do 100. Próba Queckenstedta wyraźnie dodatnia a wskaźnik Ayala często podniesiony. Reakcje zewnętrzne ujemne, glycorachia często wysoka około 1 g mimo glikemji normalnej.

Badania dna oka wykazują hypertenzję siatkówkową a potem zastój bredawkowy — tarczę zastoinową, która się utrzymuje, póki leczenie dekompresyjne jej nie usunie.

Już te wyliczone objawy i stany mózgowe, których nie można zestawiać z odurzeniem chorób gorączkowych, a których mniej lub więcej mózgowa maska zwykle zależy od ciężkości kokluszu, świadczą, że jeszcze jeden krok a pilna obserwacja objawów nerwowych u dziecka kokluszowego stawia lekarza w ambaras rozpoznawania różniczkowego w całem mnóstwie jednostek chorobowych czysto mózgowych, mniej lub więcej właściwych wiekowi dziecięcemu.

Przykład 1. — Janina K. lat 3, (Nr. prot. 20.656). Przybyła 21. II. Rodzice dziecka, rodzeństwo zdrowi. W 1-ym roku życia przebyła odrę, przed 3 miesiącami — koklusz. Dziecko od 2 tygodni chore, straciło mowę, gorączkuje, kaszle, lekarze rozpoznają zapalenie płuc. Badanie stwierdza stan ciężki. Dziecko nieprzytomne. Twarz zmienia żywo kolory, raz czerwona, raz bardzo blada. Głowa w bezustannym niepokoju motorycznym, oczy szeroko otwarte, źrenice oddziaływują na światło, mięśnie ciała w skurczu tonicznym i w stężeniu, odruchy ścięgniste i okostne wzmożone. Kończyna prawa dolna stawia duży opór przy zginaniu,, objaw Babińskiego niewyraźny, Rossolimo — obustronny dodatni. Tętno 144. Oddech 36. Dziecko kaszle w typowych repryzach kokluszowych. U podstawy obu płuc liczne, drobne, wilgotne, dźwięczne rzężenia. Pod prawą łopatką oddech oskrzelowy. Badanie krwi stwierdza leukocytozę 16.000 z 60% wielojądrzastych. Odczyn Wassermanna ujemny. Nakłuciem lędźwiowem wydobyto pod zwiększonem ciśnieniem 30 cm^3 płynu jasnego. Odczyny globulinowe ujemne, brak pleocytozy, cukru 0,8‰.

Stan nieprzytomności dziecka utrzymywał się przez 6 tygodni. Dopiero po tym czasie nastąpiła nagła poprawa i dziecko odzyskało przytomność. Rekonwalescencja szybko nastąpiła. 21. III. odchodzi wyleczone.

Przykład 2. — Jadwiga R. 2 lata. Przybywa 16. III. 25. Od 3 tygodni kaszle spazmatycznie i wymiotuje przy kaszlu. Od kilku dni ma codzień drgawki i jest senna. Przybywa z rozpoznaniem zapalenia opon mózgowych. Ciepłota 38°. Tętno 180. Przytomność zachowana, brak zmian ze strony nerwów czaszkowych, wybitna senność i częste drgawki kloniczne, które utrzymują się przez 10 dni. Odczyn Pirquet'a ujemny. Badanie płynu mózgowego ujemne. Obrzęk twarzy i całego ciała. Badanie płuc stwierdza przy odgłosie bębenkowym utrudniony dopływ powietrza i u obu podstaw drobne rzężenia dźwiękowe. Stan ten utrzymuje się przez 8 dni nie wykazując ani razu obecności szmeru oskrzelowego. Dziecko odchodzi po 2 tygodniach do domu z kaszlem i z brakiem zmian dostrzegalnych w płucach, wolne od objawów mózgowych.

Przykład 3. — Dziecko dwuletnie zdrowych rodziców zachorowuje nagle w 6 tygodni po przebytej odrze wśród objawów wybitnie mózgowych: wśród drgawek klonicznych, wymiotów, nieprzytomności, niepokoju ruchowego i gorączki do 38°. Badanie płynu mózgowego i krwi ujemne pod względem fizycznym, chemicznym i serologicznym. Po 4 tygodniach choroby gorączka dochodzi do 40,3,° w płucach zjawia się ognisko zapalne, przytomność umysłu wraca, drgawki ustępują, ale siły opadają, tętno dochodzi do 200, oddech się przyspiesza. Występuje nadzwyczajne nasilenie wymiotów i zjawia się skąpy, bezsilny kaszel. Łaknienie utrzymane, stolce dobre, mocz wykazuje obraz zapalenia miedniczek nerkowych. Po kilkodniowem nasileniu wymiotów przybierają na częstości paroksyzmy kaszlu z charakterystycznym dla kokluszu kurczem krtaniowym, w miarę wykształcającego się kaszlu ustępują zupełnie wymioty. Po przebytem zapaleniu płuc kilkutygodniowa rekonwalescencja, podczas której dziecko przebywa podgorączkowy nieżyt oskrzeli z wilgotnym kaszlem.

Rozpoznanie: *Pertussis - encephalitis et pneumonia post morbillos.*

Rozpoznanie przypadku tego wymagało dłuższego czasu obserwacji i nie mogło być ustalone żadną miarą w pierwszych dniach choroby. Rozpoznanie natrafiało na szereg trudności: 1) Pierwsza trudność wyzyskania wywiadów z okresu przedszpitalnego. Wywiady te stwierdzały przebycie odry i w 6 tygodni po

odrze zachorowanie na chorobę przebiegającą wśród umiarkowanej gorączki i takich objawów mózgowych, z jakiemi dziecko po 2 tygodniach pobytu w domu dostarczone zostało do szpitala; 2) drugą trudność stanowiła potrzeba rozstrzygnięcia, czy stan mózgowy odpowiadał i w jakim stopniu pojęciu encephalitis; 3) trzecią trudność przedstawiała djagnostyka etjologiczna encephalopatji i potrzeba zbudowania na podstawie analizy faktów klinicznych, zarówno nerwowo-mózgowych, jak i płucnych — wspólnej dla całego obrazu chorobowego syntezy djagnostycznej (anatomicznej, fizjologicznej, symptomatycznej i etjologicznej).

Mimo swojej skąpej treści wyciskały wywiady pewne piętno na opisany przypadek. Fakt przebytej niedawno odry zmuszał lekarza do patrzenia na chore dziecko od pierwszej chwili pod kątem refleksyj zakaźnych, t. j. tych, których dostarcza klinika odry. Z drugiej strony zimny autokrytycyzm wymagał uwolnienia obserwacji od wszelkiego przymusu myślowego i poddania procesu interpretacji spostrzeżeń klinicznych zwykłemu przyjętemu procesowi różniczkowania rozpoznawczego. Djagnostyka różniczkowa zmuszała lekarza do wykluczenia jakiegokolwiek rodzaju meningitis, tak częstego u dzieci. Trzykrotne ujemne badanie płynu mózgowego dowodziło braku uszkodzenia opon mózgowych. Obserwowane w czasie zapalenia płuc przemijające „banalne" zapalenie miedniczek nerkowych nie zasługiwało na specjalną uwagę i było objawowym wyrazem wtórnego zaburzenia funkcyj narządu czułego na odczyn zapalny w wieku dziecięcym w przebiegu szeregu infekcyj.

Czterotygodniowy stan nieprzytomności, drgawek i wymiotów, który rozpoczął się wśród gorączki a przebiegał następnie bezgorączkowo, zasługiwał na nazwę cierpienia mózgowego ze względu na ujemny wynik badania innych narządów; chodziło o to czy wobec skąpych podstaw pozwalających zogniskować uszkodzenie mózgowe, mieliśmy prawo nazwać stan chorobowy zapaleniem mózgu (encephalitis). Jakkolwiek przypadek nasz dzięki szczęśliwej rekonwalescencji uchylił się z pod kontroli anatomopatologicznej, to jednak nawet na wypadek autopsji łatwo się domyśleć, jak trudno pod tym względem anatom patologiczny skłonny jest uznać za proces zapalny to, co dla klinicysty bywa nieraz klasycznem zapaleniem mózgu.

Wystarczy wspomnieć, że t. zw. Flohstichencephalitis ani Schmidt, ani Langbein, ani Oehler nie uznają za proces zapalny, że zapalenie mózgu Wernickego — ani Spielmeyer, ani Schroeder nie uznają również za proces zapalny, bo i tu i tam obraz anatomiczny nie ma charakteru zapalenia, ale tylko krwotoków. W przebiegu Flohstichencephalitis są one punkcikowate. W zapaleniu mózgu Wernickego znajdują się w pochewkach naczyniowych i w ich otoczeniu.

Także grypowe zapalenie mózgu Strümplla-Leichtensterna kwestjonuje jako proces zapalny Lewandowsky, dopatrując się w obrazie anatomicznym jedynie procesów zakrzepowo-zatorowych.

Klinicznie mieliśmy prawo użyć w naszym przypadku nazwy: zapalenie mózgu, nie bardzo się oddalając od klinicznych w tym kierunku postulatów Oppenheima. Cierpienie mózgowe było ostre, bo z towarzyszeniem gorączki, nie stanowiło obrazu większego krwotoku śródmózgowego ani rozmiękczenia mózgu, bo początek nie był apoplektyczny i zejście nie wypowiedziało się w postaci porażenia połowiczego skurczowego. Mimo podejrzenia, które w pewnym względzie kierowało naszemi nakłuciami lędźwiowemi, nie mieliśmy wielkiego prawa, po kilkakrotnem wykluczeniu zapalenia opon mózgowych, przypuszczać istnienia procesu gruźliczego w samym mózgu; gruźlicę taką wykluczył przebieg choroby. Nie można wyliczać wszystkich czynników, których rozmaitość według Oppenheima i Cassirera jest bardzo wielka, jeżeli chodzi o etjologję zapalenia mózgu. Bo prawie wszystkie czynniki szkodliwe, czy to toksyczne, czy zakaźne, czy urazowe, które wogóle mogą w znaczeniu chorobotwórczem mieć jakikolwiek wpływ ujemny na ciało ludzkie — mogą taksamo w mózgu wywołać zmiany, klinicznie imponujące jako encephalitis.

Zrozumienie przypadku naszego encephalitis pod względem etjologicznym stało się możliwem z chwilą odkrycia ogniska zapalnego płuc w dniu 7. VII. Zapaleniu temu towarzyszyły, oprócz gorączki, kryzy uporczywych wymiotów, przyspieszenie tętna do 200, przyspieszenie oddechów i powrót przytomności od 4 tygodni zahamowanej. Równocześnie pojawia się skąpy bezsilny kaszel, który w następnych dniach przybiera na częstości i natężeniu i przyjmując charakter kaszlu ze skurczem krtani, wypiera stopniowo objaw wymiotów.

Ponieważ spazmatyczne wymioty dziecka nie mogły żadnemu lekarzowi imponować przy braku innych objawów za symptom niestrawności i ponieważ występowały one w umiarkowany sposób od początku choroby mózgowej, a przybrały z okazji nowego epizodu chorobowego, jakim było zapalenie płuc, na intensywności i częstości — należało uznać wymioty te za objaw mózgowy. Przypuszczając, że może nastąpiło właśnie jakieś pogorszenie choroby mózgowej, które się przez badanie płynu uda uchwycić, nie omieszkaliśmy na początku tego okresu 8-dniowego wykonać jeszcze jednego nakłucia rdzeniowego. Nakłucie było ujemne, natomiast badanie płuc w 3 dni potem nie było ujemne, ale stwierdziło ognisko zapalne, a ponieważ w miejsce wymiotów wystąpiły ataki kaszlu z charakterystycznym dla kokluszu kurczem krtani, należało tak drgawki, wymioty, jak i kaszel uznać za objawy mózgowe jednej i tej samej choroby zakaźnej t. j. kokluszu.

Jak anatomo-kliniczne rozpoznanie każdego „zapalenia mózgu" przedstawia z natury rzeczy względną pod względem ścisłości wartość, tak i w tym przypadku nie probujemy rozstrzygać, na czem anatomicznie polegało uszkodzenie mózgu chorego dziecka. Czy było to bezpośrednie specyficzne uszkodzenie mózgu przez jady zakażenia kokluszowego, czy było to specyficzne uszkodzenie naczyń mózgu, czy może wtórny piemiczny proces przerzutowy? Z doświadczenia sekcyjnego dzieci kokluszowych, zmarłych nagle wśród objawów „encephalitis" wiemy, że najczęstszą postacią anatomiczną chaotycznych pod względem klinicznym objawów mózgowych w kokluszu bywa przekrwienie i obrzęk mózgu i opon mózgowych, a obok nich zakrzep zatoki żylnej. Oczywiście nie można wykluczyć, że mogły mieć miejsce i większe lub mniejsze wynaczynienia w mózgu. Z doświadczenia sekcyjnego wiadomo nietylko, że obraz anatomiczny mózgu dzieci zmarłych w kokluszu bywa bardzo rozmaity, ale także to, czemu w wymijający, ale trafny bo prawdziwy sposób dał wyraz Pospischill: „nie widziałem nigdy, aby na takiej autopsji płuco nie okazywało jakichś zmian — zresztą wszystko inne spotykałem".

I w naszym przypadku mimo długotrwałego braku objawów płucnych w czasie encephalitis, przecież obserwacja kliniczna wykryła na końcu w płucu ognisko choroby.

Objawy kliniczne w schorzeniach mózgu na tle kokluszu są niesłychanie zawodne i trudne pod względem rozpoznawczym, niemniej można z pewnem prawdopodobieństwem wypowiedzieć się w naszym przypadku raczej za przekrwieniem, ewentualnie obrzękiem mózgu, a nie za uszkodzeniem naczyniowem, lub za przerzutem ropnym. Przeciw uszkodzeniu naczyniowemu może przemawiać brak równocześnie wynaczynień skórnych lub na błonach śluzowych i brak objawów krwotocznych ze strony krwi (płytki bez zmian ilościowych i morfologicznych, czas krzepnięcia i czas krwawienia normalne, kurczliwość skrzepu normalna, ujemny objaw opaskowy Rumpell-Leedena).

Czy można było uważać opisane zapalenie mózgu za encephalitis morbillosa lub postmorbillosa, a więc taką, jaką opisywali Fleischman, Eich, u nas Redlich.

Przeciwko temu przemawiał brak bezpośredniej ciągłości między ustępującą, bladnącą na skórze odrą a objawami mózgowemi. Jak w encephalitis post-vaccinalis wyczekujemy w związku z rozwijającą się krostą ospową objawów mózgowych, które dają nam prawo nazwać proces zapaleniem mózgu poszczepiennem, tak w zapaleniu poodrowem proces mózgowy pozostający w bezpośredniej łączności z świeżo przebytą odrą daje prawo do nazwy encephalitis postmorbillosa.

Nazwa ta, podobnie jak nazwa encephalitis post-vaccinalis, nie przesądza bynajmniej, że proces mózgowy wywołany być musiał przez jad odrowy lub jad krowiankowy. W opisie swojego przypadku zapalenia mózgu po szczepieniu ospy stanąłem na tem stanowisku, że w przypadku moim szczepienie ospy było tylko momentem prowokującym t. zw. parallergją (Moro) ustroju na zarazek neurotropowy (być może encephalitis Economo). Zupełnie taki sam punkt widzenia zajął, zdaniem mojem bardzo trafnie i słusznie, Redlich w opisie swojego przypadku zapalenia mózgu poodrowego. Z przytoczonego przez tego autora protokółu historji choroby bardzo dużo momentów przemawia czytelnikom do przekonania, że było to również encephalitis Economo, której zresztą autor bynajmniej nie neguje.

W naszym opisanym przypadku nietylko nie mamy prawa ze względu na brak ciągłości w czasie dopatrywać się encephalitis postmorbillosa, ale z obrazu choroby mamy prawo snuć wniosek, że w związku z częstością powikłań mózgowych w kokluszu i w związku z rzeczywistością korelacji odry i kokluszu należałoby wogóle zachować dużo rezerwy i krytycyzmu w stosunku do rozpoznawania zapalenia mózgu odrowego. Sam nie widziałem nigdy takiej jednostki chorobowej, natomiast z doświadczenia nad kliniką odry wiem, że do częstych powikłań ody z płucem kokluszowem należy również eo ipso komplikacja odry z mózgiem kokluszowym t. j. z objawami mózgowemi kokluszu.

Z tego punktu widzenia przypadek nasz nie stanowi bynajmniej białego kruka klinicznego, a ogłoszenie przypadku ma na celu obudzenie czujności lekarskiej na rolę mózgu w klinice kokluszu. Komunikat ten jest przyczynkiem do etjologji często obserwowanych w wieku dziecięcym zapaleń mózgu.

H. Sternberg z Wiedeńskiego Zakładu Anatomji Patologicznej opisuje w r. 1928 w Zeitschrift für Kinderheilkunde przypadek ropni mózgowych w przebiegu kokluszu u oseska. U dziecka 8-miesięcznego, które przebyło przed 2 miesiącami koklusz z uporczywem zapaleniem oskrzeli, wystąpiły drgawki z następującemi porażeniami motorycznemi tylko po prawej stronie ciała. Płyn mózgowo-rdzeniowy utrzymuje się przez 5 miesięcy bez zmian patologicznych, dopiero na 5 dni przed śmiercią ulega zropieniu i zawiera czystą hodowlę gronkowca ropotwórczego złocistego. Badanie sekcyjne stwierdza obecność trzech wielkich ropni, wypełnionych ropą zieloną, które zniszczyły prawie całą lewą półkulę mózgową. Znacznie rozszerzone komory boczne i trzecia komora zawierają również wysięk ropny. Badanie mikroskopowe wykazuje, że ściana ropni mózgowych utworzona jest z jednej wewnętrznej warstwy tkanki ziarninowej i z drugiej warstwy zewnetrznej łączno-tkankowej. W komorach utrzymuje się wyścielająca ependyma (wyściółka) prawie w zupełności, wewnątrz jednak jest pokryta delikatnym podkładem tkanki ziarninowej, której komórki w licznych miejscach z ependymy drążą do płynu komorowego. Według wielkiego prawdopodobieństwa należy przyjąć, że w tym przypadku w związku z kokluszem i zapaleniem oskrzeli przyszło do wytworzenia ropni mózgowych, które utrzymywały się przez 5 miesięcy i wreszcie przez wydostanie się ropy spowodowały pyocephalus internus i śmierć.

Ropnie mózgowe u dzieci są naogół rzadko w literaturze spotykane. W dziele Brunsa, Cramera i Zichena na 67 ropni mózgowych 10 przypada na wiek dziecięcy do 15-go roku życia. Jako przyczyna takich ropni wchodzą w grę obrażenia czaszki i schorzenia ucha, w rzadkich przypadkach w septycznych schorzeniach i zapaleniu wsierdzia, wreszcie w przebiegu różnych chorób płucnych. Często jest się zmuszonym zadowolić się rozpoznaniem ropni samoistnych (idjopatycznych).

W opisanym przypadku należy przyjąć za punkt wyjścia dla ropnia mózgowego zapalenie oskrzeli w związku z kokluszem, ponieważ badanie innych narządów nie wskazywało innej przyczyny pierwotnego zakażenia.

J. Jochims z kliniki dziecięcej w Kiel (Prof. Rominger) opisuje przypadek encefalopatji u dziecka 14-miesięcznego, które po odrze zapadło na koklusz a w związku z kokluszem przybyło 23. IV. 1927 do kliniki w stanie nieprzytomnym, z temperaturą 39—41°, z tonicznemi drgawkami całego ciała, z gwałtownemi atakami kaszlu kokluszowego i z ogniskami zapalnemi w płucach. Nakłucie lędźwiowe wykazuje stan zapalny opon, który jednak trwa tylko przez 5 dni. Na szczególną uwagę zasługiwał, zdaniem autora, związek jaki zachodził między napadem kaszlu i intensywnością stanu drgawkowego. W ostatnich dniach marca zauważono brak koniuszka języka. Z początkiem napadu kaszlowego, gdy drgawki jeszcze nie były silne, przez otwarte usta wydostawał się język. Wskutek skurczu (masseter) żwacza, jaki zaraz potem nastąpił, język, nie mogąc się cofnąć, został odcięty. Dziecko zmarło 6. V. 1927 roku.

Sekcja stwierdziła: atelektazy w obu dolnych płatach, małe ogniska zapalenia płuc odoskrzelowego w lewym dolnym płacie płuca lewego, przepuklinę przeponową zawierającą lewą nerkę, ognisko krwotoczne wielkości pestki wiśniowej w prawym płacie petylicznym mózgu.

Mikroskopowo: W korze mózgowej znajdywały się opisane przez Spatza i Huslera w przebiegu eklampsji kokluszowej charakterystyczne jasne przestrzenie, Aufhellungsbezirke, w głębi bruzd. Zubożenie komórek dotykało przedewszystkiem zewnętrznych warst korowych. W preparatach barwionych hematoksyliną i eozyną — zaródź komórek zwojowych silnie wchłaniała eozynę. Barwienie szarlachrotem wykazywało liczne kulki tłuszczowe w zarodzi wydłużonych Hortegazellen w jasnych przestrzeniach kory. Jeszcze wybitniej uległy stłuszczeniu komórki gleju w rogu Ammona, co według Spatza i Huslera jest bardzo charakterystyczne. Opony były wolne od zmian patologicznych.

Według protokółu sekcyjnego chodziło więc o mózg kokluszowy z wypadnięciem komórek nerwowych opisanem przez Huslera i Spatza. Były to więc charakterystyczne niezapalne zmiany w tkance mózgowej. Stany takie między innymi opisywali Neubürger i Singer. Neubürger nadawał im inne znaczenie: odnosił on wypadnięcie komórek nerwowych do zatorów powietrznych. W każdym razie krwotok mózgowy nie mógł w danym przypadku tłumaczyć obrazu chorobowego, tak jak to chciał dawniej Schreiber i inni, mówiąc o eklampsji kokluszowej.

Trudno jest wyrobić sobie jasny sąd o patogenezie nerwowego schorzenia i stwierdzonego wypadnięcia komórek nerwowych. Naogół odnosi się powikłania nerwowe kokluszu do działania toksycznego. Na tem stanowisku stoi Pospischill. Także Husler i Spatz robią toksyny odpowiedzialnemi. Wypadnięcie komórek jest natury regresywnej, nie zapalnej.

Antonio Berardi opisuje 2 przypadki ciekawe z kliniki pedjatrycznej w Perugji.

Chłopiec $3^1/_2$-letni przybywa 30. IV. 1926. Żywiony przez 8 miesięcy piersią. Ząbkowanie i chodzenie normalne. Od miesiąca chory na koklusz, często wymiotuje przy kaszlu, miewa do 40 ataków na dobę. Od 10 dni drżenie górnych kończyn, potem dolnych; równocześnie utrata przytomności i wymioty niezależnie od pokarmu i od ataków kaszlu. W następnych dniach ataki drgawek, które występują spontanicznie lub po kaszlu. Równocześnie matka zauważa porażenie prawych kończyn i zez; ciepłota do 39°. Odruch kolanowy żywszy po stronie prawej niż lewej. Nieznaczna sztywność karku, objawy Kerniga i Babińskiego.

Nakłucie lędźwiowe: 20 centymetrów kubicznych płynu jasnego z małą limfocytozą, posiewy jałowe. Dnia 30-go kwietnia 1926 zastosowano wakcynoterapję: 6 injekcyj. Dnia 1-go maja ciepłota 39,5—40°. U podstawy prawego płuca rzężenia i stłumienie. Dnia 2-go czerwca zupełne wyleczenie.

Chłopiec 9-miesięczny obserwowany 28 lipca 1926; napady kaszlu od 25 dni; kaszel coraz częstszy z wymiotami. Temperatura do 39°, drgawki. W płucach rzężenia wilgotne. Powiększenie śledziony. Pareza prawego n. twarzowego, język zbacza na prawo, kontraktura górnej kończyny lewej, ręka zamknięta, ruchy bierne utrudnione, ruchy czynne niemożliwe. Lekka sztywność karku. Nakłucie lędźwiowe daje płyn jasny ze skapą ilością limfocytów. Wakcynoterapja. Wyleczenie. Autor przypisuje skuteczne wyleczenie częściowo zastosowaniu szczepionki, częściowo nakłuciem lędźwiowym.

Meynier, ordynator szpitala Maria Vittoria w Turynie przytacza 5 obserwacyj kokluszu z komplikacjami nerwowemi u dzieci w wieku 14 mies., 3 lat, $3^1/_2$ lat, $4^1/_2$ lat i 5 lat. W przypadkach tych nie wystarcza dopatrywać się skutku działania mechanicznego i urazowego ataków kaszlu. Autor nie zadawala się tem zbyt prostem tłumaczeniem. Idzie on głębiej i uważa objawy te za wyraz toxi-infekcji. Zarazek chorobowy może zadziałać w sposób przejściowy lub trwały na ośrodki nerwowe (opony, mózg, rdzeń), lub na nerwy obwodowe. Można obserwować zapalenie opon mózgowych, zapalenie mózgu, wodogłowie, polyneuritis pochodzenia kokluszowego. W dwóch przypadkach chodziło o wodogłowie, w jednym o reakcje oponowe przejściowe, w czwartym przypadku o meningo-encephalitis z afazją, ślepotą i głuchotą. Wreszcie w piątym przypadku chodziło o polyneuritis umiejscowiony w kończynach dolnych.

Dok. nast.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Franciszek ŁUKASZCZYK Paryż

Obecny stan radjoterapji nowotworów złośliwych.

Według materjału Instytutu Radowego w Paryżu.

W niniejszym przeglądzie chciałbym dać ogólne pojęcie o tem jakie są zasady radjoterapji nowotworów złośliwych, jakie są obecne wyniki i w jakich postaciach, w końcu jakich środków materjalnych i jakich wiadomości wymaga poprawne stosowanie tej metody leczenia.

Radjoterapja nowotworów złośliwych jest gałęzią medycyny młodą, znajdującą się w pełnym rozwoju. Skutkiem tego wskazania i metody leczenia poszczególnych tego rodzaju zakładów, czy radjologów, często różnią się od siebie znacznie, nieraz są wręcz sprzeczne. Niektóre z tych metod opierają się na specjalnych zasadach biologicznych, inne zaś są często tylko dostosowaniem się danego autora do ilości posiadanego radu. Oczywiście i wyniki są różne. Przedstawienie tych wszystkich odmian minęłoby się z celem niniejszego artykułu, w omawianiu więc tych kwestyj oprę się w całości na znanym mi osobiście materjale Instytutu Radowego w Paryżu, który dokonaną na tem polu pracą i sumiennością opracowania wyników wyrobił sobie w tej dziedzinie niezwykłą powagę.

Zasadą radjoterapji nowotworów złośliwych jest różnica wrażliwości jaką okazują różne komórki organizmu wobec promieni radu i Rentgena, przedewszystkiem zaś różnica jaka istnieje pod tym względem pomiędzy komórkami nowotworowemi i normalnemi. Jakie są przyczyny tej różnicy wiemy niewiele, podobnie jak niewyświetlony jest jeszcze sam mechanizm działania tych promieni. Wiadomo jednak, że ta wrażliwość jest ściśle związana z histologiczną budową nowotworu, i że z pośród różnych czynności komórki, okres kiedy ona znajduje się w okresie podziału jest tym, w którym jej wrażliwość na wspomniane promienie jest największa. I im dana komórka jest mniej zróżnicowana, im bardziej przypomina komórkę zarodkową i posiada jej właściwości nieograniczonego mnożenia się, tem większa jest jej wrażliwość na promienie radu i Rentgena. Przeciwnie zaś im więcej komórka jest zróżnicowana, im dalej odeszła od stanu zarodkowego, tem mniej jest na nie wrażliwa. I tak największą wrażliwość tego rodzaju posiadają w ustroju ludzkim syncytjum jąder i miąższ utkania chłonnego, przy bardzo małej wrażliwości ich produktów dojrzałych, plemników i ciałek białych, oraz przy takiej prawie że niewrażliwości jaką posiada wysoce zróżnicowana komórka nerwowa.

Oczywiście jest tu mowa o niewrażliwości względnej, wobec pewnej ściśle określonej ilości i jakości tych promieni, gdyż jeśli zastosujemy odpowiednią ilość i rodzaj tych promieni, możemy zniszczyć wszystkie komórki narówni, jakkolwiek zróżnicowane, zdrowe czy nowotworowe, zupełnie jak zapomocą jakiejś substancji żrącej.

Jak wiadomo, jedną z zasadniczych cech nowotworów złośliwych, jest zdolność nieograniczonego mnożenia się ich komórek, przynajmniej komórek niezróżnicowanych, tworzących warstwę rozrodczą. Im komórki danego nowotworu są mniej zróżnicowane, im żywszy jest ich podział, tem wrażliwszy jest ów nowotwór na promienie radu, czy Rentgena. Przeciwnie w miarę utraty przez komórki zdolności rozmnażania się lub w miarę ich zróżnicowania (adenocarcinoma, fibrosarcoma) wrażliwość nowotworu maleje.

Wrażliwość danego nowotworu na promienie radu czy Rentgena jest więc ściśle związana z jego budową histologiczną i z czynnością histo-fizjologiczną jego komórek.

Łatwo z tego zrozumieć jak ważne jest badanie histologiczne nietylko w rozpoznaniu ale i przeprowadzeniu leczenia nowotworu złośliwego, badanie wykonane przez naprawdę dobrego histologa. W tutejszym Instytucie sporządzenie wycinka próbnego i zbadanie go histologicznie jest regułą w przypadku nowotworu złośliwego. Nie stawia się bez niego rozpoznania, nie przeprowadza się leczenia i w końcu, co nieraz można spotkać, nie układa się statystyk wyleczeń. Wyjątek stanowią jedynie przypadki, w których sporządzenie wycinka próbnego jest naprawdę niemożliwe n. p. guzy śródpiersia.

Stwierdzenie, że na komórkę trzeba zadziałać promieniami radu czy Rentgena wtedy gdy ona się dzieli, gdyż później staje się na nie mniej wrażliwa, okazało się niesłychanie płodne dla techniki radjoterapeutycznej, gdyż podobnie jak spermatogeneza, rozmnażanie się komórek nowotworowych odbywa się wprawdzie ciągle, lecz nie wszędzie równomiernie. Istnieje tu pewien rytm mnożenia się, pewne kompleksy komórek dzielą się mniej lub więcej żywo, a inne są w chwilowym spoczynku, by wkrótce zamienić role. Z tego rodzaju niejednolitości obrazu histologicznego różnych części nowotworu wynika jednak, że proponowane oznaczenie jego wrażliwości i co za tem idzie, potrzebnej dawki radjoterapeutycznej zapomocą t. zw. wskaźnika karjokinetycznego, t. zn. obliczenia odsetkowego ilości figur karjokinetycznych w jednem, czy nawet w więcej polach, jest praktycznie bez wartości, tembardziej, że komórki nowotworowe mogą się dzielić w sposób atypowy, trudny do uchwycenia i nowotwory klinicznie rosnące bardzo szybko, wykazują nieraz niewiele figur karjokinetycznych.

W każdym razie, trzeba naświetlać nowotwór przez czas tak długi, aż wszystkie jego komórki posiadające zdolność mnożenia się, przejdą ten okres. Można w ten sposób w ciągu pewnego, różnie długiego czasu wymierzyć skuteczną dawkę promieni nawet bez uszkodzenia otaczającej tkanki zdrowej — gdyż tak, jak wystarczy zniszczyć warstwę rozrodczą naskórka żeby doprowadzić do usunięcia całego naskórka, tak samo celem zniszczenia nowotworu wystarczy zabić komórki tworzące jego warstwę rozrodczą. Natomiast jednorazowe silne naświetlenie nowotworu, w pewnych przypadkach będzie skuteczne tylko za cenę mniejszego lu większego zniszczenia otaczającej tkanki zdrowej, w innych zaś nawet ta ofiara okaże się niewystarczająca, i obok zniszczenia zwłaszcza powierzchownego komórek nowotworowych i normalnych, może się ostać gniazdo nieuszkodzonych „śpiących" i chwilowo mniej wrażliwych komórek nowotworowych, stanowiących po pewnym czasie punkt wyjścia dla nawrotu.

Z drugiej strony jednak, żeby być skuteczną, dawka promieni radu, czy Rentgena musi być odpowiednio wysoka, a ponieważ dawka równa się: nasilenie promieni razy czas stosowania, jej wymierzenie nie może przekraczać pewnego, dla poszczególnych rodzaji nowotworów doświadczeniem określonego czasu. Mogłoby się wydawać, że otrzyma się ten sam wynik naświetlając w jednakowych pozatem warunkach 1 gramem radu przez 1 godzinę, lub 1 mgramem radu w ciągu 1000 godzin. Pierwsze może być szkodliwe wskutek zbyt gwałtownego działania, drugie zaś będzie bezskuteczne. Komórki bowiem nowotworowe naświetlane dawkami zbyt małemi, rozłożonemi na wiele tygodni czy miesięcy stają się po pewnym czasie oporne na działanie promieni radu czy Rentgena i przestają oddziaływać na dalsze naświetlania. Natomiast w otaczającej tkance zdrowej zachodzi pewnego rodzaju kumulacja dawek, mogąca doprowadzić wcześniej, czy później do radjonekrozy.

Wynika także stąd, że nowotwór, który raz był leczony promieniami radu czy Rentgena i nie został wyleczony, ma zazwyczaj niewiele warunków wyleczenia za drugim, jeszcze mniej za trzecim razem.

Na tych podstawach oparta radjoterapja nowotworów złośliwych będzie więc polegała na zastosowaniu odpowiednio wysokiej dawki promieni o pewnym nasileniu i jakości, w ciągu pewnego czasu, który nie może być ani zbyt krótki ani zbyt długi, zależnie od rodzaju nowotworu. W miarę lepszego poznawania biologji nowotworów można ten czas indywidualizować, i tak o ile np. dla *ca. basocellulare* skóry czas leczenia radem wynosi przeciętnie 3—4 dni, to najlepsze wyniki w leczeniu raka szyjki macicy, z zajęciem tkanki przymacicznej i gruczołów chłonnych miednicy, dała w tutejszym Instytucie metoda naświetlania promieniami Rentgena przez 35—40 godzin, rozłożonych na 12—15 dni po 2 posiedzenia dziennie.

Naogół jednak dotychczasowe wiadomości nie pozwalają na bliższe określenie śmiertelnej dawki promieni dla danego nowotworu, i poza niektóryini rodzajami guzów o ustalonej wrażliwości na promienie radu czy Rentgena, jak np. wspomniany *ca. basocellurare* lub *lymphosarcoma,* stosuje się obecnie największą dawkę jaka się da pogodzić z nieuszkodzeniem względnie z przejściowym uszkodzeniem otaczającej tkanki zdrowej. W praktyce tkanką zdrową, która najczęściej oznacza granicę dawki, jest skóra.

Jak to już na początku powiedzieliśmy, warunkiem radjoterapji nowotworów złośliwych jest nie tyle sama wrażliwość ich komórek na promienie radu czy Rentgena, co różnica wrażliwości jaka zazwyczaj istnieje pomiędzy tkanką zdrową, a nowotworową. Idealną byłaby taka różnica, któraby pozwoliła na zniszczenie komórek nowotworu bez uszkodzenia tkanki zdrowej. Spotyka się to tylko w niewielkiej liczbie przypadków, tak, że w rzeczywistości musimy uważać za korzystne dla radjoterapji te przypadki, w których można zniszczyć nowotwór bez większego, a w każdym razie bez stałego uszkodzenia otaczającej tkanki zdrowej. Jedną z przyczyn tak korzystnych wyników radjoterapji raka szyjki macicy, jest duża wytrzymałość jej tkanki mięsnej i włóknistej, i bezkarność z jaką można stosować nawet stosunkowo wysokie dawki tych promieni. Jeśli jednak nowotwór jest usadowiony w narządzie o dużej wrażliwości i jeśli ten narząd jest konieczny dla życia, np. przełyk, to radjoterapja takiego nowotworu nawet pomimo względnej wrażliwości jego komórek może być bardzo utrudniona, lub nawet wręcz uniemożliwiona.

Inną okolicznością, która utrudnia lub uniemożliwia radjoterapję nowotworów złośliwych jest ich zakażenie, i to zakażenie nie powierzchowne, które nie stanowi zazwyczaj przeszkody, ale obejmujące warstwy głębsze i dające kliniczne objawy. Jest on wyraźnym przeciwwskazaniem do stosowania radjoterapji, gdyż komórki nowotworu zakażonego stają się na nią oporne. Naświetlanie w takich razach, nie wpływa ujemnie na drobnoustroje a osłabiając jeszcze zdolność obronną tkanki zdrowej, ułatwia znakomicie ich rozwój i może chorych doprowadzić do bardzo ciężkiego stanu. Także w dalej posuniętem wyniszczeniu, będącem zresztą przeważnie następstwem takiego zakażenia, wrażliwość nowotworu maleje.

Działanie promieni radu i Rentgena na komórkę jest według obecnych zapatrywań jednakowe, z tą jednak ważną na korzyść radu różnicą, że jego promienie posiadają znacznie większe własności wybiórcze, to znaczy zdolność niszczenia pewnych komórek bez uszkodzenia innych, od promieni Rentgena. W Instytucie Radowym w Paryżu, pomimo przesądzającej nazwy oba rodzaje promieniowań są w leczeniu nowotworów w zasadzie równoupraw-

nione i obok ponad 7 gr. radu, w oddziele rentgenologicznym pracuje 9 aparatów leczniczych. W praktyce jednak każda z tych metod ma swoje wskazania do stosowania, zależnie przedewszystkiem od umiejscowienia i rozmiarów nowotworu.

Jak już poprzednio widzieliśmy niezbędnym warunkiem zniszczenia nowotworu jest zabicie wszystkich jego komórek, posiadających zdolność mnożenia się. Z drugiej zaś strony, musimy się starać by nie zniszczyć otaczającej tkanki zdrowej, czyli, że możemy zastosować tylko pewną ograniczoną dawkę promieni, i ta dawka musi być równomiernie rozdzielona pomiędzy wszystkie komórki nowotworu. Ten równomierny rozdział dawki jest jednym z zasadniczych warunków radjoterapji nowotworów złośliwych, warunkiem, którego wypełnienie natrafia w przypadku nowotworów głębiej położonych lub większych rozmiarach, na znaczne trudności. Trudności te wynikają głównie z tak zwanego prawa kwadratu odległości, według którego nasilenie promieni maleje w stosunku kwadratowym w miarę oddalania się od źródła tych promieni. Np. powierzchnia oddalona o 10 cm od źródła promieni otrzyma w stosunku do takiej samej powierzchni położonej tuż koło źródła, dawkę nie 10 ale 100 razy (10 × 10) mniejszą. Jest to prawo bardzo surowe i trzeba się z nim zawsze liczyć. Można go niejako ominąć: 1) Przez naświetlanie przez kilka bram wejścia i skrzyżowanie promieni na poziomie nowotworu. Można wtedy nie przekraczając dozwolonej dawki skórnej, wymierzyć dawkę potrzebną dla nowotworu. (Nowotwór taki musi być jednak położony mniej lub więcej centralnie w stosunku do powierzchni ciała). 2) Przez zwiększenie powierzchni źródła promieni. 3) Przez wprowadzenie odpowiedniej liczby promieniujących ognisk do wnętrza nowotworu i 4) Przez zwiększenie oddalenia źródła promieni od naświetlanego poziomu, gdyż jak widzieliśmy powierzchnia oddalona o 10 cm od źródła promieni otrzyma w tej samej jednostce czasu dawkę o 100 razy mniejszym nasileniu tych promieni, niż taka sama powierzchnia położona tuż przy źródle promieni. Jeśli jednak oddalimy źródło promieni o 50 cm od powierchni którą chcemy naświetlić, i weźmiemy pod uwagę taką samą powierzchnię ale oddaloną o 40 cm od źródła promieni, to powierzchnia dalej położona otrzyma tylko o 36% mniej promieni, niż powierzchnia bliższa. W analogicznym przypadku nowotworu, musimy jeszcze odliczyć absorbcję promieni przez warstwę pomiędzy 40 a 50 cm. Ale nawet po odliczeniu współczynnika absorbcji metoda ta pozwoli nam na doprowadzenie do nowotworu głębiej położonego dużej części dawki dozwolonej ze względu na całość skóry, a w przypadku naświetlania z kilku stron można wymierzyć nawet większą dawkę.

Promienie Roentgena znajdą przedewszystkiem i głównie zastosowanie tam, gdzie będzie trzeba naświetlać szerokie pola, w przypadkach spraw rozległych położonych na niejednakowych poziomach, oraz w przypadku nowotworów głębiej położonych, bezpośrednio dla radu niedostępnych. Można wprawdzie i przez oddalenie ognisk radu od danego nowotworu otrzymać równomierny rozdział dawki nawet w wymienionych przypadkach i ta metoda jest w użyciu w tutejszym Instytucie, gdzie 4 gr radu rozmieszczono w rogach niewielkiego, odpowiednio zainstalowanego czworoboku tworzy takie silne źródło promieniowania pozwalające np. na skuteczne naświetlanie nowotworowych nacieków tkanki kołomacicznej z odległości 10 — 12 cm od skóry (telecurieterapja).

Dzisiejsze aparaty Roentgena pozwalają na oddalenie ogniska promieni o 60 — 70 — 80 i nawet więcej cm od skóry z wytworzeniem potrzebnego nasilenia. Wspomniana instalacja 4 gr radu pomimo wysokich kosztów (ponad 2 miljony złotych) nie pozwala więc jeszcze na osiągnięcie większych oddaleń, coprawda nie jest to w przypadku radu znów tak potrzebne, naskutek specjalnych własności jego promieni. W każdym razie celem uzyskania możności naświetlania radem z odległości kilkudziesięciu cm trzebaby było kilkudziesięciu gramów radu i wobec jego ceny (około 60.000 dolarów za 1 gr) usiłowania idą raczej w kierunku wytwarzania promieni Roentgena o długości fali zbliżonej do długości fali promieni radu, zapomocą wytwarzania wysokich napięć, i aparatów mogących znieść i wykorzystać takie wysokie napięcia. Nie jest jeszcze pewne czy nawet tak uzyskane promienie Roentgena będą miały zalety promieni radu, w każdym razie pomimo szybkich postępów jesteśmy od tego jeszcze daleko.

Rad zaś będzie się nadawał przedewszystkiem w przypadkach nowotworów położonych powierzchownie lub głębszych ale drogami naturalnemi łatwo dostępnych. Doprowadzenie źródła tak skutecznego promieniowania w postaci różnie silnych i o dowolnej wielkości i kształcie ognisk w bezpośrednie sąsiedztwo nowotworu, pozwala w przypadkach raków skórnych najrozmaitszego umiejscowienia (wargi, policzki, czoło, okolica oczodołu, nos, ucho, prącie, okolica sromowa, kończyny i t. d.) na zniszczenie nowotworu nieraz z bardzo małą i to tylko w bezpośredniem sąsiedztwie nowotworu reakcją tkanki zdrowej.

Umieszczenie tych ognisk na podporze dowolnej grubości, umyślnie dla każdego przypadku urządzonej, pozwala na równomierne rozdzielenie promieni nawet w przypadku nowotworów rozleglejszych lub nawet nieco głębiej położonych (gruczoły chłonne i szyjne, pachwinowe i podobne). W przypadku raka wargi, policzka, prącia i podobnych można wytworzyć ogień skrzyżowany z dwu lub więcej stron.

W przypadku nacieków nowotworowych znacznej grubości doskonałe usługi oddaje wprowadzenie ognisk radu lub jego emanacji bezpośrednio do tkanki nowotworowej w postaci igieł platynowych (radjopunktura). Tą metodę stosuje się także najczęściej w rakach języka, gdyż z powodu ruchliwości tego organu, innemi metodami trudno tu jest uzyskać równomierny rozdział promieni.

Możność dowolnego rozmieszczenia przestrzennego ognisk radu stosownie do warunków anatomicznych danej lokalizacji nowotworu przy pomocy umyślnych, zresztą zazwyczaj prostych urządzeń, pozwala na uzyskanie wybitnych wyników w rakach narządów głębiej położonych, a dostępnych drogami naturalnemi. Przykładem niestety niedoścignionym jest rak szyjki macicy.

Niektóre zresztą przypadki wymagają zastosowania rado- i Roentgenoterapji. Np. rak szyjki macicy leczy się radem, zaś celem wyjałowienia tkanki okołomacicznej i ewentualnie gruczołów chłonnych miednicy kontynuuje się leczenie Roentgenem.

Szczupłe ramy tego artykułu nie pozwalają mi na chociażby pobieżne omówienie tak ważnych spraw, jak jakość używanych promieni i ich dobór w poszczególnych przypadkach, i związana z tem sprawa sączków. Zaznaczę tylko, że według obecnych zapatrywań promienie radu czy Roentgena nie mają na komórkę swoistego działania, zależnego od ich rodzaju. Różnica polega tylko na tem, że zależnie od długości fali promienie owe mają różną zdolność wnikania, to znaczy że sa absorbowane więcej powierzchownie lub też głęboko, a działanie biologiczne mają tylko te promienie, które uległy absorbcji. W sprawach powierzchownych trzeba więc stosować promienie o słabej sile penetracji t. zw. miękkie, a w sprawach głębokich promienie odpowiednio twardsze któreby przeszły nie zatrzymane przez warstwy powierzchowne, a uległy absorbcji dopiero w głębi.

Nie mogę też omówić sprawy używania radu w postaci związków stałych lub jego emanacji gazowej, jak wogóle całej różnorodnej i niesłychanej dokładności i drobiazgowości wymagającej techniki. Zaznaczę tylko również, że w żadnym razie nie używa się tu radu lub jego pochodnych w postaci wstrzykiwań dożylnych lub donowotworowych. W przypadku nowotworów złośliwych byłoby to nietylko bezskuteczne ale wręcz szkodliwe.

W końcu jedna i druga metoda radjoterapeutyczna często muszą szukać współpracy innej metody, mianowicie leczenia chirurgicznego, którego znaczenie w leczeniu nowotworów złośliwych pomimo wyników radjoterapji wcale się nie zmniejszyło, zmieniły się tylko jego wskazania.

W radjoterapji, jak widzieliśmy, zasadniczym warunkiem stosowania i wyników, jest obraz histologiczny a nie anatomo - kliniczny. Mało tu znaczy trochę mniejszy, czy trochę większy rozmiar nowotworu i jego drążenie w głąb. W razie korzystnej wrażliwości na promienie radu czy Roentgena można uleczyć nowotwory złośliwe usadowione w takich okolicach, gdzie chirurgiczne usunięcie nawet małych zmian, naraziłoby chorego bezpośrednio w sposób nieproporcjonalny do małych nieraz możliwości wyleczenia, a zwłaszcza można otrzymać wyleczenie rozległych przestrzeni nacieczonych nowotworowo gdzie o leczeniu chirurgicznym nie może być mowy. Ale tylko w razie korzystnej wrażliwości.

W tutejszym Instytucie skierowuje się do leczenia chirurgicznego przypadki nowotworów bardzo małych, często trudnych do histologicznego rozpoznania, dla których najlepszym wycinkiem próbnym dla koniecznego badania histologicznego jest całkowite usunięcie, łatwe, bez zniekształcenia. Dalej pewne raki skórne, jak *ca vulvae*, gdzie chirurgja, jeżeli przypadek nadaje się do operacji, może dać szybkie wyleczenie, zaś radjoterapja powoduje żywą i bolesną reakcję. Następnie nowotwory stosunkowo oporne na promienie radu i Roentgena jak raki sutka, odbytnicy, trzonu macicy i t. p. W tych przypadkach występuje radjoterapja dopiero w razie nawrotu, dając często czasowe wyleczenia rozciągające się na lata. W końcu do chirurgji należą jeszcze przypadki leczone bezskutecznie promieniami radu lub Roentgena, o ile je można jeszcze operować.

W przypadkach, w których tak chirurgja jak i radjoterapja z osobna dają równe możności wyleczenia, lepiej jest zastosować

najpierw leczenie operacyjne. W razie nawrotu nie jest się bezbronnym i można wtedy zastosować z powodzeniem radjoterapję. Istnieją jednak liczne przypadki nowotworów wymagające ścisłej współpracy obu tych metod i które tylko w ten sposób mogą być obecnie wyleczone. Naprzykład pierwotna zmiana nowotworowa na języku jest leczona radem, gruczoły chłonne zostają usunięte chirurgicznie, a pole operacyjne znów naświetlone radem. Rak rozwijający się w bezpośredniem sąsiedztwie szczęki górnej leczony tylko radem, każe się napewno obawiać osteoradionekrozy; po wycięciu części szczęki górnej można to leczenie przeprowadzić swobodnie. Przykład, gdzie dwie metody z osobna prawie bezsilne, razem zastosowane mogą dać wyniki zupełnego wyleczenia. Także w przypadku wspomnianego zakażenia nowotworu lub jego bezpośredniego sąsiedztwa zabieg chirurgiczny może umożliwić radjoterapję inaczej bezwzględnie przeciwskazaną.

Po tym najogólniejszym poruszeniu tylko niektórych z głównych zasad radjoterapji nowotworów złośliwych przejdę do omówienia, co można temi metodami uzyskać w ich poszczególnych rodzajach. Muszę przedtem objaśnić, że za wyleczonych uważa się w tutejszym Instytucie osobników, u których ten stan utrzymuje się od lat conajmniej pięciu. Zmarłych przed upływem pięciu lat nawet z innej przyczyny, i w chwili śmierci bez objawów nawrotu, umieszcza się w kategorji niewyleczonych.

Zaczynając od raków skórnych, można powiedzieć ogólnie, że poza *naevo-carcinoma*, wszystkie raki wychodzące z nabłonka wielowarstwowego płaskiego są uleczalne zapomocą radjoterapji. *Ca. basocellulare* posiada dużą wrażliwość na promienie i za wyjątkiem niezwykłych rozmiarów, leczy się je regularnie. *Ca. spinocellulare* uchodziło jeszcze parę lat temu za mało wrażliwe; dziś gdy je lepiej poznano, leczy się je równie dobrze jak poprzednie. Niektóre zwłaszcza *ca. basocellulare* można leczyć z powodzeniem i Roentgenem. Naogół jednak rad jest tu bez porównania prostszy i pewniejszy. Raki powiek i okolicy oczodołów są leczone zależnie od ich budowy histologicznej i rozmiarów, głównie jednak radem.

Raki jamy ustnej mają z nielicznymi wyjątkami to samo utkanie co poprzednie, są więc wrażliwe na promienie. Trudność wynika tu tylko z ich usadowienia wymagającego szczególnej i giętkiej techniki, i z większej od naskórka wrażliwości błony śluzowej.

Raki wargi, specjalnie wargi dolnej o ile nie przechodzą na sąsiednie okolice, leczy się radem stale.

W rakach języka wyniki zależą od usadowienia i rozmiarów zmiany. $^2/_3$ powierzchni grzbietnej przedniej są technicznie łatwe do leczenia i dają stosunkowo najlepsze wyniki. Raki podstawy języka i raki podjęzykowe są o wiele trudniejsze i postępowanie lecznicze bywa tu zazwyczaj bardzo skomplikowane. Ostatnio zestawiona statystyka po pięciu latach wykazuje na 275 leczonych przypadków raka języka 133 czyli 48% wyleczenia miejscowego zmiany na języku. Z tych 133—83 czyli 67% było w stanie nie nadającym się do operacji.

Niestety, o ile w przypadku raka warg odsetek wyleczonych tak miejscowo, jak i z zajętych gruczołów chłonnych wynosi około 90, to w przypadkach raka języka rozwój nowotworu w okolicznych gruczołach obniża po pięciu latach liczbę wyleczonych do 27%. W leczeniu zajętych rakiem gruczołów chłonnych dotychczas i radjoterapja i chirurgja z osobna okazały się mało skuteczne. Jeszcze najlepsze wyniki daje ich współpraca, polegająca na chirurgicznem usunięciu gruczołów chłonnych, z których każdy z osobna jest następnie badany histologicznie. Jeśli któryś z nich okaże się zajęty nowotworem, wówczas pole operacyjne jest naświetlane radem. W przypadkach raka wargi gruczoły są usuwane tylko o ile są klinicznie zajęte. Oczywiście chory jest często badany — czego dopilnowuje znakomicie zorganizowany sekretarjat. W przypadkach raka języka gruczoły chłonne są usuwane wkrótce po przeprowadzeniu leczenia miejscowego radem, bez względu czy są zajęte klinicznie czy nie. Następnie są badane histologicznie i ewentualnie pole operacyjne jest naświetlane radem.

Raki błony śluzowej policzków nie są naogół trudne do wyleczenia i trudność powstaje dopiero w miarę oddalania się od spojenia warg.

Raki błony śluzowej pokrywającej górną lub dolną szczękę jeśli są małe, leczy się je łatwo radem. Jeśli są jednak więcej rozległe, jest prawdopodobne, że zastosowanie potrzebnej dawki promieni spowodowałoby osteoradjonekrozę. W tych przypadkach leczenie radem następuje bezpośrednio po mniej lub więcej rozległem wycięciu szczęki górnej. Tego rodzaju współpraca chirurgji z radjoterapją jest, jak już wspomniałem, zasadą w przypadkach raków położonych w bliskiem sąsiedztwie kości, lub też przechodzących na nią.

Zwłaszcza raki szczęki górnej jeszcze niezbyt rozległe dają w ten sposób koło 70% wyleczeń. Odsetek ten bardzo szybko spada jeśli sprawa przechodzi na mięśnie. Chirurgja lub radjoterapja z osobna dają tu conajwyżej 10—15% wyleczeń.

Także raki kanałów nosa, oczywiście nie przechodzące pewnych rozmiarów, dają zapomocą radjoterapji w połączeniu z chirurgją znacznie lepsze wyniki niż zapomocą jednej z tych metod.

Raki gardła i krtani po dłuższym okresie prób dają od kilku lat w pewnych postaciach coraz większy i więcej regularny odsetek wyleczeń zapomocą promieni Roentgena. Wskazania są tu bardzo różne zależnie od histologicznego rodzaju, usadowienia i od rozmiarów guza. Z 46 przypadków raków migdałków leczonych w latach 1920—26, 12 czyli 26% jest uleczonych, zdrowych od 3—7 lat. Z 32 przypadków raków głośni w 16, czyli w 50%, osiągnięto wyleczenie zupełne, też z czasem obserwacji różnie długim. Przypadki te nie nadawały się do leczenia chirurgicznego. Postacie dające dobre wyniki zapomocą leczenia chirurgicznego są tu operowane. Czasem w przypadkach nienadających się do operacji, po zastosowaniu radjoterapji można zabieg chirurgiczny z dobrym wynikiem wykonać.

Raki szyjki macicy są jak wiadomo prawie zawsze *ca spiro-* lub *basocellulare* z różnemi przejściami. Rzadkie raki o utkaniu gruczołowem jako oporne na promienie radu i Roentgena należą do leczenia chirurgicznego.

W pierwszym rodzaju wyniki radjoterapji zależą od rozległości sprawy. Raki ograniczone do szyjki macicy dają tutaj po pięciu latach ponad 70% wyleczeń. Jak wspomniałem, za wyleczonych uważa się w tutejszym Instytucie osobników żyjących i zdrowych, conajmniej 5 lat po ukończeniu leczenia. Trzeba jednak przyjąć że z pośród zmarłych przed upływem 5 lat, część była zupełnie wyleczona ze swego nowotworu, tembardziej, że chodzi tu zazwyczaj o osobników w podeszłym wieku. Odsetki wyleczeń są więc w rzeczywistości prawdopodobnie większe niż te które podaję.

W przypadkach przejścia raka szyjki macicy na bezpośrednie sąsiedztwo odsetek ten spada do 43, zaś przypadki z zajętą tkanką przymaciczną, okolicznymi gruczołami chłonnymi i wogóle przypadki daleko posunięte, mogą dać jeszcze około 27% wyleczeń.

Prawie stale istniejące owrzodzenia powierzchowne są tu bez większego znaczenia, natomiast sprawy zapalne ropne dotyczące warstw głębszych lub bezpośredniego sąsiedztwa (trąbki i t. d.) stanowią bezwarunkowe przeciwwskazanie dla radjoterapji, która może być zastosowana dopiero po ich usunięciu lub znacznym złagodzeniu zapomocą stosownego leczenia.

Zmiany patologiczne uniemożliwiające zastosowanie typowego leczenia (zwężenie pochwy, wrodzone zwężenie kanału macicy, zgięcie macicy nie nadające się odprowadzić i t. p.) zaciemniają bardzo rokowanie. Tem samem tłomaczy się mierne wyniki radjoterapji po hysterektomji.

Mniej korzystnie przedstawia się radjoterapja raków o utkaniu gruczołowem. Są one usadowione zazwyczaj w trudno dostępnych, dla życia koniecznych narządach, rozpoznaje się je najczęściej późno — i przeważnie są mało wrażliwe na promienie radu i Roentgena, względnie mają wrażliwość nierówną, której nie umiemy jeszcze rozróżniać.

W rakach przełyku radjoterapja nie osiągnęła jeszcze większych wyników pomimo stosunkowo łatwego dostępu drogą naturalną. Wprowadzonym do przełyku radem, można tu uzyskać chwilowe zmniejszenie się guza, co oczywiście może przynieść dużą ulgę. Jednak nawet uzyskanie tego rodzaju częściowych wyników, wymaga wielkiej ostrożności w postępowaniu na skutek łatwości przebicia ściany przełyku z jasnemi następstwami. Więcej można się spodziewać po Roentgenoterapji i telecurieterapji. Niema jednak dotychczas ani jednego bez zarzutu opisanego wyleczenia raka przełyku zapomocą radjoterapji. W poszczególnych przypadkach, zwłaszcza dotyczących górnej części przełyku, osiągano wyniki czasowe nieraz na parę lat.

W rakach sutka, pewne ich postacie posiadają wystarczającą wrażliwość na promienie, to jednak co o nich obecnie wiemy, nie pozwala na określenie stopnia tej wrażliwości. Zasadą w tutejszym Instytucie jest obecnie: raki sutka, które można operować, operować.

Radjoterapję i to przeważnie Roentgenoterapję zostawia się dla nienadających się do operacji i dla nawrotów. Wyniki jakie się wtedy otrzymuje, jakkolwiek czasowe są często bardzo dobre i bardzo często przedłużają życie przy pozorach zupełnego wyleczenia o dalsze kilka lat.

Poza naświetlaniem gruczołów nadobojczykowych przed lub wkrótce po operacji, nie stosuje się tu naświetlania okolicy blizny w celu zapobiegawczym. Według dotychczasowych spostrzeżeń

jest to bezskuteczne, a utrudnia tylko lub uniemożliwia radjoterapję w razie nawrotu.

Raki żołądka, wątroby, trzustki, nerek i płuc przychodzą zwykle w późnem stadjum. Pod względem radjofizjologji i patologji, wiadomości o nich są jeszcze zupełnie niewystarczające. W poszczególnych przypadkach, zwłaszcza w rakach płuc, udaje się zapomocą Roentgenoterapji zmniejszyć rozmiary guza i uzyskać ustąpienie objawów klinicznych na różnie długi czas. Telecurieterapja (naświetlanie z odległości dużemi ilościami radu, w tutejszym Instytucie 4 gr) daje obecnie wyniki ciekawe, jednak nie wyszła ona jeszcze z okresu doświadczeń, zwłaszcza że w razie dodatnich wyników trzeba z ostatecznym sądem odczekać jakieś pięć lat.

W rakach odbytnicy radjoterapją, specjalnie radem, osiągnięto wyleczenie tylko w nielicznych przypadkach, naogół wyniki były czasowe i to nieraz za cenę bardzo bolesnych reakcyj błony śluzowej.

Raki pęcherza moczowego i gruczołu krokowego posiadają często korzystną wrażliwość, dotychczas jednak radjoterapja daje w tych przypadkach bardzo niestałe wyniki.

Przechodząc teraz do mięsaków, to wyniki radjoterapji są w nich bardzo różne, zależnie od budowy histologicznej. *Lymphosarcoma* i *osteosarcoma* o typie *myeloma* są ogromnie wrażliwe na promienie radu i Roentgena i bardzo łatwo leczy się je miejscowo, prawie stale dają jednak przerzuty.

Inne rodzaje jak: *myxoma, sarcoma fusocellulare* są mniej wrażliwe na promienie i również dają przerzuty.

Mięsaki o charakterze *myeloplaxe* nie dają przerzutów i leczy się je zapomocą radjoterapji łatwo.

Fibro, osteo, chondrosarcoma, często o utkaniu mięszanem, dają przerzuty rzadko i późno, są jednak mało wrażliwe na promienie i wyniki radjoterapji w tych przypadkach są dosyć nierówne.

Jeśli złączymy wszystkie postacie mięsaków to według różnych statystyk, w 27 — 35% przypadków można uzyskać kliniczne wyleczenie, niestety przeważnie nietrwałe, w 38 — 45% otrzymuje się zmniejszenie guza i złagodzenie klinicznych objawów też na różnie długi czas, w końcu, 19 — 23% przypadków jest na radjoterapję opornych.

Jak z tego krótkiego zestawienia widać, granice skuteczności radjoterapji w nowotworach złośliwych są zakreślone przez 1) Względna oporność danego nowotworu na promienie radu i Roentgena. 2) Zbyt wielkie rozmiary guza by go można równomiernie naświetlić. 3) Zbyt wielką wrażliwość otaczającej tkanki zdrojowej, a której całość jest dla życia konieczna, i przez 4) odległe przerzuty.

Granice te nie są na szczęście stałe. Wystarczy popatrzeć na rozwój radjoterapji, żeby stwierdzić ogromny postęp co parę lat. W miarę lepszego poznawania fizjologji i patologji nowotoworów złośliwych, w miarę poznawania mechanizmu działania promieni radu i Roentgena na komórkę i wogóle na materję żywą i w miarę rozwoju techniki leczniczej, granice te coraz więcej się przesuwają. A ponieważ niewiadomych w tej dziedzinie jest ogromnie dużo, można się zupełnie słusznie spodziewać, że w miarę ich rozwiązywania zakres działania i skuteczność radjoterapji nowotworów złośliwych będzie wzrastać. I tak np. jeszcze parę lat temu *ca. spinocellulare* uchodziło za oporne na radjoterapję; dziś leczy się je równie dobrze jak *ca. basocellulare*. Wyniki procentowe, które podałem dla raka języka i szyjki macicy dotyczą najstarsze przypadków z przed 10 lat. Od tego czasu radjoterapja, która przecież nie ma jeszcze 30 lat, zrobiła ogromny postęp, i wnosząc ze świeżych wyników niedalekie zestawienia wyleczeń po 5 latach będą korzystniejsze.

W każdym razie poza rakami skóry, które wyjąwszy *naevocarcinoma* leczy się prawie z reguły, szanse innych nowotworów złośliwych, które mogą być wyleczone promieniami radu i Roentgena są obecnie ograniczone. Piszę — które mogą być wyleczone. Bo istotnie jakichże ogromnych środków materjalnych i jakiego zespołu lekarzy mających specjalne pod tym względem wykształcenie, wymaga uzyskanie przytoczonych wyników. Wyleczenie raków całkiem powierzchownych lub specjalnie wrażliwych, otrzymywano oddawna i to środkami skromnymi. Uzyskanie jednak prawie że regularnego i coraz zwiększającego się odsetku wyleczeń w rakach języka — z zajętymi gruczołami chłonnymi, w rakach podniebienia, w daleko posuniętych rakach szyjki macicy a zwłaszcza uzyskanie wyników trudnych do spodziewania w rakach gardła i krtani datuje się dopiero, odkąd ilości rozporządzanego radu liczą się nie na miligramy, ale na decygramy i na gramy, i odkąd rozporządza się szeregiem potężnych aparatów Roentgena, których urządzenie przypomina prawie małą fabrykę. Bo jeśli przy obecnej technice w przypadku niewielkiego raka skórnego wystarczy kilkanaście mg radu stosowanego przez 3 — 5 dni, a w raku szyjki macicy jakie 60 mg w ciągu 6 — 7 dni, to już rozległy rak skóry unieruchamia u jednego chorego 150 — 200 i nawet więcej mg radu przez 4 — 5 — 7 dni, a dla naświetlania zajętych gruczołów chłonnych względnie ich pola operacyjnego potrzeba często 300, 500 — 800 mg radu stosowanego w ciągu 5 — 7 dni.

W roku 1923 tutejszy Instytut mając czterdzieści kilka łóżek 3 gramy radu, 8 aparatów leczniczych Roentgena, 13 lekarzy z tych 9 pracujących tylko w Instytucie i wiele wykwalifikowanych sił pomocniczych mógł przeprowadzić leczenie u około 500 chorych na 2000 zgłaszających się. Obecnie ilość posiadanego radu przekracza 7 gr i odpowiednio do tego wzrosła nie tyle ogólna liczba leczonych, co ilość przyjętych a trudnych do wyleczenia przypadków.

Więc już same względy ekonomiczne przemawiają za tworzeniem tylko ośrodków potężnie wyposażonych, których koszta urządzenia przenoszą o wiele zwykłą możność lekarza. Ale nietylko względy pieniężne. Radjoterapja nowotworów złośliwych jest rzeczą trudną, nieraz bardzo trudną. Poza przypadkami prostymi wyniki są wypracowywane krok za krokiem, pracą żmudną, nieraz długą, wymagającą ogromnej dokładności, sumienności i dużej umiejętności. Pomimo pozornej prostoty i łatwości manipulowania substancjami radjoaktywnemi, leczenie radem a także i Roentgenem jest trudne przedewszystkiem na skutek potrzeby rozległych, bynajmniej nie powierzchownych wiadomości z zakresu fizyki, biologji i patologji, a następnie z powodu nieukończonego rozwoju jej zasad i techniki. Nie wystarczy tu praca jednego jakkolwiekby dobrze przygotowanego lekarza ale trzeba współpracy curie i Roentgenoterapeuty, chirurga, histologa, fizyka, często hematologa i bakterjologa. I to nie celem przeprowadzenia specjalnych doświadczeń pracownianych poprzez które jedynie prowadzi droga do dalszych zdobyczy, ale dla zwykłej codziennej pracy. Tylko ich bezstronna współpraca w postawieniu wskazań, w wybraniu metody czy nieraz paru metod leczenia i kolejność ich stosowania, daje choremu maximum możliwości wyleczenia.

Podobnych warunków i środków wymaga i paliatywna radjoterapja nowotworów złośliwych. Nie mogę tu podawać statystyk ani jakichś reguł leczenia. Myliłby się jednak ktoś, ktoby sądził że radjoterapja paljatywna jest metodą łatwą. Jest ona conajmniej tak trudna jak postępowanie mające na celu zupełne wyleczenie guza, a spotyka się zdania że jest ona trudniejsza i wymagająca więcej doświadczenia. Należy do niej znaczna część tych przypadków, w których nie można się spodziewać wyleczenia ani zapomocą radjoterapji ani chirurgji, tudzież przypadki nawrotu po interwencji jednej lub drugiej z tych metod. Można nią uzyskać często bardzo wiele; przedłużenie życia na różnie długi czas przy pozorach wyleczenia, zagojenie rozległych owrzodzeń, niezmiernie przykrych dla chorego i dla otoczenia, ustąpienie bólów i t. p. Ma ona również swoje wskazania i przeciwwskazania, które trzeba dobrze znać, bo jeśli do klinicznego obrazu nieuleczalnego nowotworu dojdzie uszkodzenie wskutek niepotrzebnie czy nieodpowiednio stosowanej radjoterapji, o co przy złym stanie ogólnym takich chorych łatwo, to los ich jest naprawdę ciężki.

Z tych więc wszystkich powodów radjoterapja nowotworów złośliwych, powinna być stosowana tylko przez zespół wysoce ukwalifikowanych lekarzy, w specjalnych, wystarczająco materjalnie wyposażonych Zakładach.

Że tylko przez zgrupowanie środków materjalnych i kompetencyj lekarskich można otrzymać wyniki, dowodów niestety brak. W Ameryce gdzie każdy lekarz może sobie wypożyczyć w firmie handlowej potrzebną ilość radu lub kupić jego emanację, by samemu przeprowadzić leczenie u swego chorego, wyniki tego są opłakane i zdyskredytowały tylko radjoterapję nowotworów złośliwych w oczach lekarzy i publiczności. Zresztą nietylko w Ameryce.

Nie wystarczy nabyć trochę radu lub zmontować aparat Roentgena żeby zostać radjoterapeutą.

Toteż obok tych ogólnych wskazań które podałem, w konkretnym przypadku nowotworu złośliwego który mógłby być leczony chirurgicznie lub radem czy Roentgenem, zdaniem Regaud najpierw trzeba wziąć pod uwagę jaki chirurg względnie jaki radjoterapeuta leczyłby chorego i dopiero wtedy wybierać metodę.

Radjoterapja nowotowrów złośliwych, chociaż jeszcze daleka od wyzyskania wszystkich możliwości, jest już dziś niesłychanym postępem w medycynie. Świadczą o tem setki chorych tutejszego Instytutu i podobnych Zakładów, wyleczonych od wielu lat z ich raka języka, szyjki macicy, podniebienia i t. p. nie licząc już raków skórnych. Musi jednak być postawiona na odpowiednim poziomie, gdyż w przeciwnym razie zamiast być dla chorych ratunkiem i dobrodziejstwem łatwo może stać się w poszczególnych przypadkach nawet ich nieszczęściem.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Franciszek NARÓG, były st. asystent. Lwów.

Błonica brzegu powiek o rzadkiej postaci krostkowo-pęcherzykowej.

(Blepharitis pustulosa diphterica).

Z kliniki okulistycznej U. J. K. i Szpitalika Św. Zofji we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. A. Bednarski.

Błonica u dzieci występuje najczęściej na spojówkach powiekowych w postaci zapalenia błoniczego spojówek, a na skórze powiek tworzy nieraz powierzchowne owrzodzenie w postaci blaszek t. z. plaques, albo powstają głębokie owrzodzenia ze zgorzelą znacznych części skóry powiekowej. Nie mam zamiaru przytaczać tutaj typowego obrazu zapalenia błoniczego spojówek ocznych, ale ograniczę się tylko do dokładnego opisu przypadku błonicy w postaci zapalenia brzegu powiek krostkowo-pęcherzykowej, opisu bowiem tej postaci w dostępnej mi literaturze okulistycznej nie spotkałem, natomiast w podręczniku chorób skórnych Prof. Krzyształowicza spotkałem wzmiankę o przypadku Füllenbaumówny pierwotnej błonicy sromu u kobiety pod postacią wysypki krostkowo-pęcherzykowej. Tu i ówdzie widoczne były małe ropne pęcherzyki, które należało uważać za wykwity pierwotne i większe powstałe ze zlania drobnych, prócz tego nacieki i wrzody. Nasz przypadek przypomina jej przypadek, a ze względu na swój atypowy przebieg zasługuje na szczegółowe uwzględnienie i jako taki przedstawiłem go na Kółku Szpitalnem w grudniu 1924 roku.

Historja choroby: L. 19. r. 1924. Szpitalik Św. Zofji. Józwa Janina, 9 lat, zamieszkała w Lewandówce. Przyjęta 27. X. 1924. Chora na lewe oko od 3 dni, na prawe oko od 2 dni, żadnych chorób nie przechodziła, rodzina zdrowa. Stan w chwili przyjęcia: 27. X. 1924. O. p. W kąciku wewnętrznym na brzegu górnej powieki w zewnętrznym rąbku u nasady rzęs widać 5 pęcherzyków białych wielkości małej główki szpilki. Na brzegu dolnej powieki, naprzeciw zmian na górnej powiece, widoczne również białe pęcherzyki zlewające się ze sobą, zajmujące nieco mniejszą przestrzeń niż na powiece górnej. Gałka oczna bez zmian.

O. l. Powieka górna i dolna nieco obrzękłe, na górnej powiece po stronie zewnętrznej tuż przy rowku podtarczkowym biały pęcherzyk na skórze wielkości dużego łebka szpilki. Na całym brzegu powieki górnej i dolnej w okolicy cebulek rzęs znajdują się białe, okrągłe pęcherzyki, zlewające się miejscami ze sobą. Rąbek wewnętrzny brzegu powiek czysty, skóra powieki dolnej jest w połowie zajęta naciekami krostkowo-pęcherzykowemi. Spojówki powiek są lekko zaczerwienione. Temperatura bez zmian.

30. X. Zmiany na brzegu powieki górnej w kąciku wewnętrznym ustąpiły, natomiast wytworzyły się trzy świeże pęcherzyki na brzegu powieki po stronie zewnętrznej. Pęcherzyki na brzegu powieki dolnej oczyściły się.

Oko l. jak wyżej, prócz tego wystąpiły liczne świeże pęcherzyki na powiece górnej i na lewym policzku poniżej powieki dolnej.

W tworzeniu się pęcherzyków było charakterystyczne, występujące pierwszego dnia zaczerwienie okrągłe, punkcikowate, wyniosłe, drugiego dnia zaczerwienienie to przechodziło w okrągły pęcherzyk z hallo czerwonym dokoła. Następnie pęcherzyki zlewały się i tworzyły powierzchowny naciek w skórze.

Po kilku dniach około 5 dni pęcherzyki zamieniały się w ciemno-szare strupki, po zerwaniu których rana broczyła krwią. Obok strupków widziało się świeże pęcherzyki, które zajęły część lewego policzka i imitowały wyprysk. Zejściem strupków były delikatne blizenki. Zmiany na powiekach utrzymywały się do 2 tygodni, na policzkach do 3 tygodni. Obraz pęcherzyków przypominał ospicę krowiankową i przypadek ten w początkach był w tym kierunku podejrzany.

W drugim tygodniu choroby wystąpiły na lewem oku objawy kataralne w postaci wydzieliny śluzowo-łzowej z wydalaniem niteczek fibryny. Spojówki powiek były przez cały czas lekko zaczerwienione bez żadnych nalotów. Spojówki gałek ocznych były prawidłowe, a po 2 tygodniach wystąpiło na spojówce gałkowej oka lewego nastrzykanie spojówkowe.

Wobec uporczywego stanu chorobowego przez 2 tygodnie i odnawiania się pęcherzyków posłano chorą do Zakładu Higjeny, celem zbadania bakterjologicznego w dniu 9. XI., gdzie wzięto wydzielinę z worka spojówkowego i z pęcherzyków.

W dniu 10 XI. 1924 otrzymano odpowiedź z Zakładu Higjeny pod L. 1514. „W preparatach gramowych oraz błękitem metylenu liczne leukocyty, nieliczne gramo-dodatnie koki i pojedyńcze gramo-dodatnie laseczki. Na surowicy Löfflera dość liczne kolonje bac. dyphteriae. Wykazano obecność dyfterji".

13. XI. Prym. Quest zbadał chorą i nie znalazł zmian ani w gardle, ani w błonie śluzowej nosa, prócz lekkiego zaczerwienienia.

14. XI. Zrobiono próbę Schicka na Klinice dziecięcej zapomocą toksyny błoniczej 1:3000 z wynikiem dodatnim t. z. wystąpiła reakcja na miejscu wstrzyknięcia, a więc okazał się brak antytoksyn we krwi.

Wobec tego za poradą internistów wstrzyknięto 2.000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej, które miały być wystarczające wobec braku ogólnych zmian błoniczych. Temperatura tak przed wstrzyknięciem jak i po wstrzyknięciu utrzymywała się stale w granicach prawidłowych. Po 2 dniach po wstrzyknięciu na brzegach powiek i na twarzy pozostały tylko kuliste blizny wielkości ziarnka prosa i soczewicy, a gałki oczne były blade. Przed wstrzyknięciem surowicy przeciwbłoniczej posłano chorą poraz drugi do Zakładu Higjeny, celem zbadania wydzieliny z błon śluzowych nosa i gardła. Nadesłana odpowiedź pod L. 1546 22. XI. 1924 opiewa: „W preparatach gramowych z wydzieliny z nosa śluz, liczne leukocyty, nieliczne gramo-dodatnie laseczki i dość liczne gramo-dodatnie koki i gramo-negatywne laseczki. W preparatach z wydzieliny z gardła nieco śluzu, pojedyncze leukocyty i gramo-dodatnie koki. Na surowicy Löfflera liczne kolonje stafilokoka białego i laseczek dyfterji. Zaszczepiona świnka morska hodowlą dyfterji zareagowała dodatnio. Stwierdzono obecność prawdziwej dyfterji w wydzielinie z nosa".

Przez 15 dni po wstrzyknięciu była tylko nieznaczna wydzielina łzowa z oka lewego, pozatem oczy były prawidłowe.

30. XI. zauważono jednakowoż na brzegu powieki dolnej oka prawego u nasady rzęs 3 punkciki czerwone w postaci krostek. Na drugi dzień krostki te zmieniły się w pęcherzyki z hallo czerwonym dokoła. Wobec odnowienia się choroby zrobiono powtórnie próbę Schicka z wynikiem ujemnym, bez reakcji t. z., że były antytoksyny we krwi. Poraz trzeci badanie w Zakładzie Higjeny wydzieliny z nosa wykazało na preparatach gramo-dodatnie laseczki.

Wskutek wznowienia się objawów chorobowych wstrzyknięto powtórnie chorej 2. XII. 24 najpierw 1 cm^3 surowicy z obawy przed szokiem anfilaktycznym, a następnie 4,000 jednostek surowicy. Po 2 dniach pęcherzyki pokryły się strupkami, po zejściu których zostały blizenki, a następnie przez 2 tygodnie stan oczu był prawidłowy i chorą wypisano w dniu 13. XII. 1924.

Wobec wyniku badań bakterjologicznych, kilkakrotnie przeprowadzonych, mamy niewątpliwie do czynienia z dyfterją.

Uderza nas w tym przypadku: 1) Dlaczego błonica nie rozwinęła się na błonach śluzowych, które są miejscem podatnym, pomimo braku antytoksyn we krwi, jak to wykazała próba Schicka. 2) Dlaczego był brak objawów ogólnych. 3) Charakterystyczne umiejscowienie na powiekach w postaci zapalenia brzegu powiek krostowo-pęcherzykowej.

Jeżeli sobie uprzytomnimy schorzenia błonicze oka, to przebiegają one typowo pod postacią zapalenia spojówek powierzchownego t. j. krupowego, lub głębokiego t. j. dyfterycznego. Tworzą się przytem błony na spojówce. W postaci powierzchownej rzekome błony są umiejscowione na spojówce powierzchownie, w postaci głębokiej przychodzi do głębokich nacieków i do martwicy nabłonka i głębszych warstw spojówkowych. Po zerwaniu błony martwiczej powstaje ranka krwią brocząca.

W przebiegu rozróżniamy 3 okresy: a) okres nacieczenia, kiedy powieki są silnie obrzękłe, spojówki naciekłe tak, że powiek nie można odwrócić; b) okres wydzieliny surowiczej i podobnej do ropnej; c) okres blizn, kiedy może przyjść do skrócenia załamka i zrostów t. z. symblepharon. Jako powikłania występują wrzody na rogówce i może przyjść do zupełnego zropienia rogówki w przebiegu ostrym. Od schorzeń dyfteryjnych-błoniczych, należy odróżnić schorzenia dyfterytyczne, błoniaste, które mogą być również wywołane przez inne bakterje. Ostre schorzenia dyfteryjne spojówek należą do najostrzejszych, jakie można spotkać w razie gwałtownego przebiegu, podobnie jak zapalenie spojówek rzeżączkowe, mogą mieć jednak też przebieg bardzo łagodny pod postacią nieżytów spojówek. Występują one najczęściej między 1—4 rokiem życia. Później przebieg jest łagodniejszy.

W naszym przypadku stosowano od początku u chorej miejscowo maść borową i krople cynku, prócz tego naświetlano promieniami pozafiołkowemi lampą typu Birch-Hirschfelda.

Na postawione pytanie dlaczego błonica nie rozwinęła się na błonach śluzowych pomimo obecności laseczników i braku antytoksyn we krwi, musimy zadowolnić się dotychczasowym stanem wiedzy o odporności. Znaną jest bowiem rzeczą, że u osobników zdrowych znajdują się drobnoustroje na skórze i na zewnętrznych błonach śluzowych i przebywają tam w stanie współżycia z ustro-

jem. Mogą to być osobniki, które przebyły odnośną chorobę, lub też osoby zdrowe, które danej choroby nie przebywały, a zaraziły się wprost od chorego lub pośrednio. Są to tak zwani roznosiciele i wydzielacze, którzy latami mogą wydzielać zarazki chorobotwórcze i być stałem źródłem zakażenia dla innych, jadliwość bakterji u nich nie widoczna może wystąpić ostro u innych osobników. W naszym przypadku osobnik nieuodporniony, jak to wynikało z próby Schicka, był roznosicielem bakterji. Odporność uzyskał dopiero po wstrzyknięciu 2,000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej, gdyż druga próba Schicka wypadła ujemnie. Po drugie osobnik lat 9 był już w wieku odporniejszym na laseczniki błonicy, gdyż najostrzej przebiega zakażenie u osobników między 1—4 rokiem, w późniejszym zaś wieku jest się odporniejszym. To poniekąd tłumaczyłoby nam również drugie pytanie, mianowicie brak objawów ogólnych.

Charakterystyczne umiejscowienie się zmian na powiekach w postaci zapalenia brzegu powiek krostkowo-pęcherzykowej należałoby sobie tłumaczyć tem, jak przypuszczam, że przyszło tu do zadziałania nie samych laseczników błonicy, ale również innych mikroorganizmów, zaczem przemawia stwierdzenie koków gramo-dodatnich na preparatach, zwłaszcza stafilokoka białego. One to musiały wywołać uszkodzenie naskórka, a laseczniki błonicy współdziałały wraz z nimi dając charakterystyczny obraz zapalenia krostkowo-pęcherzykowego. Było to zatem zakażenie mieszane przez dołączenie się do jednego zarazka chorobotwórczego zarazka innego lub kilku innych. Wiadomem bowiem jest, że obecność pewnych ciał przemiany materji zarazka jednego ułatwia rozwój zarazka drugiego, lub odwrotnie zakażenie jednym zarazkiem może wpłynąć powstrzymująco na wzrost drugiego zarazka.

Nawrót zapalenia po 2 tygodniach po wstrzyknięciu surowicy mógłby popierać przypuszczenie, że 2.000 jednostek zapobiegawczych surowicy były niewystarczające dla roznosiciela bakterji, pomimo, że chory miał antytoksyny we krwi, jak to wykazała druga próba Schicka po wstrzyknięciu surowicy. Dopiero wstrzyknięcie 4,000 jednostek surowicy zakończyło proces chorobowy. Normą zatem przy ogólnem leczeniu powinno być: 100—500 jednostek na kg wagi.

Przypadek sam zasługuje na wyszczególnienie z powodu swej atypowej postaci zapalenia brzegu powiek błoniczego, krostkowo-pęcherzykowego u roznosiciela bakterji przy niezmienionych spojówkach ocznych.

Przeglądnąwszy piśmiennictwo odnośnie do błonicy nie natrafiłem na analogiczny przypadek, natomiast spotkałem uwagi o wypryskach, towarzyszących błonicy, mianowicie Butler stwierdził w 2 przypadkach przy błonicy spojówek krostkowy wyprysk na powiekach, a Lotz twierdzi, że lekkie postacie zapaleń spojówkowych mają ciężki wyprysk na twarzy i głowie. Uhthoff i Fränkel wykazali przy błonicy spojówek w równocześnie istniejących krostach wypryskowych laseczniki błonicy.

Piśmiennictwo.

Nowicki. Anatomja patologiczna. 1929. — Krzyształowicz. Choroby skóry. 1926. — Füllenbaumówna. Pol. Gaz. Lek. 1925. — Lichtenstein. Klin. Mon. f. Augenh. Bd. 63. S. 684. 1919. — Eppenstein. Zeitschr. f. Augenh. Bd. 32. S. 16. 1914. — Axenfeld. Die Bakteriologie in der Augenheilkunde. 1907. — Schreiber. Die Erkrankungen der Augenlider. 1924. — Ziemiński. Recueil d'Opht. p. 529. 1886. — Lotz. Inauguration-Dissert. Basel. 1887. — Uhthoff. Berlin. Klin. Wochenschr. N. 11. 1893. — Valude. Annal d'okulist. T. III. p. 92. 1894. — Gosetti, Jona. Nota preventiva. Riforma med. 4. S. 543. 1897. — Steffens. Klin.Mon. f. Augenh. S. 339. 1901. — Butler. Ophtalmoscope. p. 813. 1911. — Römer. Sammlung zwang. Abhanhl. v. Vossius. 1899. — Vix. Inaugur. Dissert. Jena. 1903. — Plaut. Klin. Mon. f. Augenh. S. 35. 1900. — Lust. Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. 1927. — Graefe-Saemisch. B. 5. 1904. — Groenouv. Beziehungen. 1920. — Possek. Klin. Mon. f. Augenh. B. 45. S. 211. 1907. — Morax. Ann. d'Okulist. T.127. 1902. — Steffens. Klin. Mon. f. Augenh. S. 35. 1900. — Pes. Zeitschr. f Augenh. B. 12. S.438. 1904. — Reiss. O chorobach zakaźnych oczu.

Dr. Aleksander ZIENKIEWICZ, kierownik szpitala. Łokacze.

Cięcie cesarskie z powodu blizn pochwy przy płodzie niedonoszonym.

Dnia 14 sierpnia1927 r. do szpitala zgłosiła się mieszkanka m. Łokacz, p. T. M., lat 35, wyznania mojżeszowego, jako rodząca.

Anamnesis.

Mając lat 12 przechodziła ospę naturalną, a w rok potem błonicę.

Miesiączkowanie rozpoczęła w 15-ym roku życia, które się odbywało co 4 tygodnie po 2 dni.

Dziedzicznie niczem nie obarczona; chorób wenerycznych nie miała. Coitus normalny bezbolesny.

Pierwszy poród w 1919 r. — siłami natury; płód martwy.

Drugi poród, również siłami natury; płód martwy.

Przy obu porodach, z pierwszemi bólami, odchodziły wody płodowe i dopiero na trzeci dzień rodziło się dziecko.

Po drugim porodzie chora odczuła pewne dolegliwości w kroczu. Zwróciła się więc do lekarza w Warszawie, który stwierdziwszy blizny w pochwie, — usunął je, zaznaczając, iż normalnego połogu nadal nie będzie miała.

W 1923 r. (po wyżej wymienionym zabiegu) p. M. T. ponownie zaszła w ciążę, lecz płodu nie donosiła z powodu poronienia, które nastąpiło na 5-ym miesiącu. Wobec znacznego krwotoku macicę wyskrobano w tutejszym szpitalu.

Podczas zabiegu stwierdziłem w odległości 6 cm od wejścia do pochwy przegrodę twardą mało podatną, rozdzielającą pochwę na dwie części; u góry przegrody otwór owalny, przepuszczający palec wskazujący.

W 1924 r. nastąpił poród, który się nie mógł już odbyć siłami natury.

Na trzeci dzień porodu nacięto blizny, wymiażdżono główkę i płód usunięto częściami. Zabieg robiono w innym szpitalu.

W 1927 r. p. M. T. poraz piąty zaszła w ciążę, mając ostatni perjod 7 lutego, a dnia 14 sierpnia zgłosiła się do szpitala po pierwszem odejściu wód płodowych.

W 5-ym miesiacu była badaną przez Prof. Sołowija, który stwierdził, iż p. M. T. żywe dziecko mogłaby mieć jedynie przy zastosowaniu cięcia cesarskiego.

W dniu więc 14 sierpnia 1927 r. p. M. T. przybyła do mnie po pierwszem odejściu wód płodowych. *Status praesens.*

T. 36,6, tętno miarowe 110 uderzeń na minutę — granice serca powiększone do linji sutkowej; tony serca przygłuszone z akcentem na *art. pulmonal.* Budowa ciała prawidłowa; mierne otłuszczenie brzucha i kończyn. Pozatem żadnych zmian patologicznych.

Wymiar miednicy: Obwód 93 cm; odległość między *spina anter. sup. os ilei* 26 cm. *Distantia trochanterica* 31,5 cm. *Conjugata externa* 21 cm.

Przy badaniu przez pochwę stwierdziłem ten stan rzeczy, który był wyżej opisany, z tą jednak różnicą, iż blizny były większe i twardsze. Poza przegrodą część pochwowa macicy rozpulchniona. Ujście rozwarte na pół palca. Główka ruchoma nad wchodem. Macica odpowiadająca 7 mies. ciąży. Wody płodowe odeszły dwa razy w nieznacznej ilości.

Przyjmując pod uwagę anamnezę chorej, a szczególnie tą okoliczność, iż wody płodowe stale odchodzą z pierwszymi bólami, poczem bóle ustają i poród zaciąga się na trzy dni, jako też blizny pochwy, które stanowiły znaczną przeszkodę, nawet dla wydobycia płodu niedonoszonego, oraz gorące pragnienie chorej mieć dziecko, (groziła jej separacja), postanowiłem zastosować cięcie cesarskie. W uśpieniu eterowem dokonałem cięcia po linji środkowej, macicę rozciąłem w części dolnej, wydobywając żywy płód i łożysko. Powłoki zeszyłem na głucho. Dziecko płci męskiej, wagi 1650 gr (dokładnych wymiarów nie robiłem). Łożysko małe, przyczepienie pępowiny centralne, bez zmian patologicznych.

21 sierpnia wyjęto szwy; rana pooperacyjna zagoiła się dobrze. Chora nie gorączkowała. Na drugi i trzeci dzień po operacji silne bóle macicy, które następowały jedne po drugich, prawie w normalnych odstępach czasu i to z takiem nasileniem, iż zmuszony byłem zrobić dwa razy zastrzyk 1% roztworu *Morph. muriat.* Szpital chora opuściła 8 września zupełnie zdrowa. Przetrzymałem ją w szpitalu dłużej ze względu na dziecko, które nie miałoby należytej opieki i prawidłowego odżywiania w domu. W dniu odejścia ze szpitala p. M. T. — dziecko ważyło 2.200 gr.

Obserwuję dziecko i matkę przez $1^1/_2$ roku; dziecko rozwija się prawidłowo, matka jest całkowicie zdrową.

Postępowanie moje było nieco za śmiałe, gdyż narażałem życie matki, nie będąc pewnym, czy wydobyte dziecko będzie zdolne do życia. Innego wyjścia jednak nie było.

Wiemy z literatury i podręczników (Rosner), iż choroby infekcyjne, jak ospa, dur, błonica, i t. d. mogą powodować blizny w pochwie, a niekiedy i całkowite jej zarośnięcie. Jakie zrobiła spustoszenia ospa i błonica w pochwie w opisanym przypadku trudno powiedzieć, gdyż żaden z lekarzy ją przedtem nie badał. Odbyte następnie porody, usunięcie blizn, oraz nacięcia ich, wytworzyły bliznę niemożliwą dla odbycia porodu *per vias naturales* przy zupełnie prawidłowej miednicy.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Warszawa, dnia 17 listopada 1928 r.
Nr. OHfiz. 1029/28.

Noszenie książek i zeszytów w tornistrach.

(Okólnik Minist. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego).

Obserwacje nad dziatwą szkolną wykazały, że noszenie książek i zeszytów w teczkach, w paskach, pod pachą, przynosi szkodę organizmowi dziecka, gdyż, zwłaszcza przy większym ciężarze książek i przy noszeniu jednostronnem, sprzyja chorobliwemu skrzywieniu kręgosłupa, pozatem zajęcie w tych razach rąk tamuje swobodę ruchów np. przy wchodzeniu do tramwaju, do wagonu, w razie poślizgnięcia się, a podczas mrozów ręce w tych przypadkach łatwo ulegają odmrożeniu.

Wobec tego polecam przedsięwzięcie wszelkich środków, by dziatwa nie potrzebowała nosić z domu do szkoły i z powrotem zbyt dużej liczby książek i zeszytów, by, o ile to okaże się możliwem, część pomocy naukowych, zbędnych w domu, pozostawała w klasie w zamykanych szafach (w budynkach murowanych można do tego wykorzystać specjalne wgłębienia w ścianach, zamykane jak szafy).

Co się tyczy sposobu noszenia książek i zeszytów, to nauczyciele na konferencjach rodzicielskich powinni uświadamiać opiekę domową o szkodliwościach, płynących dla zdrowia dziatwy wskutek niewłaściwego noszenia książek i zeszytów, i zalecać, by zaopatrywała dzieci w tornistry (z grubej tektury, ceraty, skóry i t. p.). Przy zalecaniu tego sposobu noszenia książek podnieść należy, że noszenie tornistra, ewentualnie plecaka, sprzyja równomiernemu obciążeniu kręgosłupa i czynności jego mięśni wyprostnych, ułatwia zachowanie prawidłowej podstawy, umożliwia swobodne używanie rąk, a w razie zbyt niskiej ciepłoty powietrza pozwala na zabezpieczenie ich od odmrożenia.

Zechcą pp. Kuratorowie podać powyższe zalecenie do wiadomości dyrekcyj i kierownictw szkół, pp. inspektorów szkolnych oraz ogółu nauczycielstwa, zaznaczając, iż noszenie tornistrów powinno głównie dotyczyć dziatwy szkół powszechnych oraz gimnazjum niższego.

Podsekretarz Stanu: (—) *Sł. Czerwiński.*

Warszawa, dnia 11 marca 1929 r.
Nr. I - WF - 1678/29.

Zmiana obuwia w szkołach.

(Okólnik Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego do Kuratorjów wszystkich Okręgów Szkolnych, do Wydziału Oświecenia Publicznego w województwie Śląskiem i do Liceum Krzemienickiego).

Spostrzeżenia lekarzy szkolnych wykazały, że do najczęstszych schorzeń dziatwy i młodzieży w wieku szkolnym, które w sumie powodują największą liczbę opuszczeń dni szkolnych, należą tak zwane przeziębienia. A jako przyczynę różnych zapaleń gardzieli (angin), katarów dróg oddechowych, katarów uszu z wtórnem osłabieniem słuchu, różnych cierpień reumatycznych, powikłanych niekiedy nawet schorzeniami serca — lekarze szkolni uważają parogodzinny pobyt dziatwy w szkole w zamokłem od śniegu lub deszczu obuwiu, z wilgotnemi, zziębniętemi nogami.

Dodatkowo lekarze szkolni i nauczyciele zaznaczają, że podobny stan stóp wpływa ujemnie na krążenie krwi w organizmie dziecka, na jego zdolność do skupiania uwagi, i zmniejsza wydajność jego pracy umysłowej.

Pozatem badania bakterjologiczne wykazały, że powietrze w tych szkołach w których dziatwa szkolna zmienia obuwie i nosi pantofle, jet o wiele czyściejsze, gdyż nie wnosi ona na obuwiu do izb szkolnych ulicznego brudu i kurzu z różnemi zarazkami.

Zauważono również, że dziatwa, która zmienia w szkole obuwie, chętnie czyni to samo u siebie w domu, przez co przyczynia się do propagandy tego higjenicznego zwyczaju wśród swoich domowników.

Mając to wszystko na uwadze, w trosce o zdrowie dziatwy i młodzieży szkolnej, Ministerstwo zaleca, by gdzie tylko warunki na to pozwalają, a więc przedewszystkiem tam, gdzie można znaleść pomieszczenie na przechowanie obuwia i gdzie miejsca ustępowe znajdują się w samym budynku szkolnym, dziatwa i młodzież szkolna w okresie od dnia 1 listopada do dnia 1 kwietnia po przyjściu do szkoły zdejmowała obuwie i wkładała pantofle, choćby najskromniejsze, sposobem domowym lub na lekcji robót ręcznych z resztek materjałów sporządzone.

Pantofle należy co pewien czas wietrzyć i trzepać.

W dostarczaniu niezamożnej dziatwie pantofli mogłyby przyjść z pomocą i dozory szkolne.

Uregulowanie w szczegółach zaleceń okólnika Ministerstwo pozostawia się administracji szkolnej.

Podsekretarz Stanu: (—) *Sł. Czerwiński.*

Protokół posiedzenia Zarządu Związku Przeciwwenerycznego z dnia 3 stycznia 1929 r.

Obecni: Prof. Krzyształowicz, Dr. I. Adamski, Dr. L. Wernic, Dr. J. Reise, Dr. M. Wowkonowicz, Dr. W. Borkowski.

1) Przyjęto protokół z posiedzenia z dnia 23 grudnia 1928 r.

2) Uchwałę Kasy Chorych m. Warszawy, zgłoszoną przez delegata Kasy Chorych i członka Zarządu Związku Przeciwwenerycznego dra Jerzego Reise, zreasumowano, stwierdzając, że podpis b. naczelnego lekarza Kasy Chorych m. Warszawy Dr. Franciszka Grodeckiego na statucie Związku Przeciwwenerycznego uważać należy, jako podpis przedstawiciela Kasy Chorych m. Warszawy, mocą którego Kasa Chorych m. Warszawy jest członkiem założycielem Związku.

3) Uchwalono podzielić całokształt działalności Związku Przeciwwenerycznego na następujące działy:

Dział I. leczniczy, którego kierownictwo powierzono drowi Marjanowi Wowkonowiczowi;

Dział II. organizacyjno - społeczny — kierownictwo powierzono drowi Janowi Adamskiemu;

Dział III. wydawniczo - propagandowy — kierownictwo powierzono drowi Leonowi Wernicowi.

4) W sprawie podania o subwencję na cele leczenia dziewcząt upadłych w zakładzie wychowawczym „Przystań" w Henrykowie uchwalono zbadać działalność tej instytucji przez delegatów Związku.

5) Sprawę zgłoszenia akcesu przez Związek w charakterze członka „L'Union Internationale contre le péril vénérien" powierzono Działowi III.

6) Ustalenie terminu walnego zebrania Związku uchwalono odłożyć.

7) Uchwalono ustalić, jako termin ostateczny wpłacania składek członkowskich za rok 1928, dla Kasy Chorych dzień 1 marca 1929 r., dla innych instytucyj — ustalić dzień 1 marca 1929 r. jako termin ostateczny wpłacania składek członkowskich, przypadających za rok 1929.

8) Uchwalono stałe pobory dla sekretarza w wysokości 150 zł miesięcznie, począwszy od dnia 1 lutego 1929 r., oraz djety wyjazdowe w wysokości 15 zł za każdą dobę.

Sekretarz: (—) *Borkowski.*

Przewodniczący: (—) *Fr. Krzyształowicz.*

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom IX, zeszyt 5—6, z r. 1929: Bożydar Szabuniewicz: Śledziona a leukocytoza trawienna. — Bożydar Szabuniewicz: Odruchowe powstanie leukocytozy trawiennej. — J. Kolago: Badania bakterjologiczne nad zakażeniami jelitowemi o osobliwym przebiegu klinicznym, z bakterjemją u dzieci od lat 2-ch. — Jul. Brill i Zygmunt Szymanowski: Przyczynki doświadczalne do sprawy antivirus Besredki. — F. Goebel: Wpływ tarczycy na blokadę układu siateczkowo - śródbłonkowego. — St. Kon: Wartość odżywcza tuberyny, globuliny kartofla. — Ludwik Abramowicz i Andrzej Biernacki: Odczyn skórny w twardzieli. — M. Rosnowski: Rozkurcz komory w elektrokardjogramie. — Jadwiga Dzwonkowska: Badania nad fagocytozą. O humoralnem przewodzeniu nerwu błędnego na fagocytozę. — Jerzy Kaulbersz: Jodek wapnia jako środek naczyniowo - sercowy. — St. Blank-Weisberg i B. Kassur: Z badań nad działaniem środków do tępienia larw komarów. — Zenon Karłowski: Działalność Oddziału Pasteurowskiego w r. 1927. — Mianownictwo polskie z zakresu serologji i mikrobiologji, opracowane przez Komisję, wybraną na I Zjeździe mikrobiologów polskich w Warszawie.

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 4, za kwiecień 1929: Kaz. Stołyhwo: Punkty kraniometryczne. — Cz. Skotlewski: Uchwyt zawiasowy w dostawce kauczukowej.

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 5, z maja 1929: J. Żurowski: Początki ludzkiej kultury na obszarze Polski zachodniej. — E. Stenz: Zorze polarne. — J. Labadić: Torf jako ekonomiczne paliwo dla silników samochodowych.

Medycyna, rok III, nr. 17—18, z 25 maja 1929: K. Kaczyński: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach świeżych ran. — J. W. Grott: Borowina krajowa w leczeniu domowem. — Wł. Mikułowski: Biegunka śmiertelna z melanodermją i porfinyrurją u oseska. — L. Ligęza: O rozpoznawaniu ostrych spraw zapalnych gardła. — R. Markuszewicz: O działalności naukowej ś. p. Dr. Adama Wizla.

Położna, rok II, nr. 6, za czerwiec 1929: M. Brand: Kilka uwag o krzywicy (dok.). — J. Dorawski: Nasze zdrojowiska. M. Haber: Gruźlica i urządzenia społeczne do walki z nią.

Wiadomości lekarskie, rok II, nr. 5, z maja 1929: W. Janusz i W. Rzepecki: Kiła a jej czwartorzędne schorzenia układu nerwowego. — Edward Elster: Z problemu ubezpieczeniowego. — Wł. Garbicz: Zastosowanie Isacenu Roche'a w ginekologji i położnictwie. — S. Lehm: O kilku rzadszych postaciach ostrego zapalenia migdałków.

Polski Przegląd Chirurgiczny, tom VIII, zeszyt 2, z r. 1929: Z. Leńko: Leczenie chirurgiczne chorób sterczu. — T. Byszewski: O podskórnych urazowych pęknięciach nerki. — B. Endelman: O podwójnych nerkach i moczowodach. — Br. Szerszyński: Z kazuistyki ciał obcych pęcherza. — W. Dobrzaniecki: O plastycznej operacji stulejki sposobem L. Dartigues'a i E. Roucayrola. — Z. Radliński: Rozpoznanie guza żołądka w przypadku guza nerki lewej. — Z. Sławiński: Wrażenia z wycieczki do Ameryki Północnej.

Gruźlica, rok IV, nr. 2, za marzec-kwiecień 1929: Zawadowski: Znaczenie radjodjagnostyki we wczesnych okresach gruźlicy u dorosłego. — P. Martyszewski: O sanatoryjnem leczeniu suchot płucnych. — J. Misiewicz: Zasady leczenia wypoczynkowego gruźlicy płuc: wskazania, dawkowanie. — Gruźlica i walka z nią w 26 państwach. — Sprawozdanie z działalności Polskiego Związku Przeciwgruźliczego za r. 1928.

Wiedza Lekarska, rok III, zeszyt V, z maja 1929: H. Sparrow: Współczesny pogląd na zasady dezynfekcji. — B. Rubinstein: Kilka uwag w sprawie helminthiasis.

Nowiny Społeczno-Lekarskie, rok III, nr. 11, z 1 czerwca 1929: Związek Lekarzy Państwa Polskiego w roku 1928—1929. — Sprawozdanie Zarządu Głównego. — Bank lekarzy. — Z. Rudolf: Sprawa mieszkaniowa jako zagadnienie państwowe.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 22, z 2 czerwca 1929: I Zjazd aptekarzy słowiańskich. — E. Sieliwanow: Otrzymanie ferri sesquichlorati do preparacji cukrzanu żelazowego. — J. Muszyński: Wycieczka farmakognostyczna po Europie. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Przemysł Chemiczny, rok 1929, nr. 11, z czerwca 1929: T. Chrząszcz, A. Kłodnicki i J. Suchodolski: Skład chemiczny i własności degustacyjne spirytusu z gorzelń rolniczych. — T. W. Jezierski: W sprawie utworzenia Centralnego Laboratorjum Analityczno-Chemicznego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 22—23, z 6 czerwca 1929: M. Goldbaum: Leczenie gośćca, dny i nerwobolów szczepieniami skórnemi „Cutivaccin Paul" (dok.). — W. Szenwic: W sprawie postępowania leczniczego w przypadkach położenia twarzyczkowego. — Wł. Sterling: Stygmatyzacja i psychogeneza odżywczych zaburzeń skórnych (dok.). — B. Goldstein: Djetetyka z punktu widzenia równowagi jonów (streszcz. zbior.). — Z. Srebrny: Prasa lekarska w Polsce Odrodzonej. — A. Ciągliński: Statystyka lekarska i statystyka sanitarna.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis Lékařů českých.

1929, str. 21.

Dr. Jan Bądal: *Leczenie skurczów dodatkowych Ephedrin'ą.* Autor podaje swoje korzystne wyniki, które uzyskał przy stosowaniu Ephetonin'y i Ephedrin'y w przypadkach skurczów dodatkowych. Środek ten okazał się cennym przedewszystkiem w tych przypadkach, w których cierpienie było spowodowane zmianami organicznemi w zakresie krążenia, lecz polegało na naruszeniu równowagi systemu nerwu sympatycznego i błędnego. Leczenie Ephetonin'ą jest korzystne z powodu: 1) możności doustnego jej stosowania 2) szybkiego i 3) dostatecznie długiego działania. W tych przypadkach, gdzie przyczyna zachorzenia jest znana, najważniejszą sprawą jest oczywiście usunięcie tej pierwotnej przyczyny. Znamy jednak cały szereg czynnościowych skurczów dodatkowych, których pochodzenie nie jest nam zupełnie znane a w których Ephedrin'a względnie Ephetonin'a uwalnia pacjenta od tego nieprzyjemnego cierpienia lub przynosi mu ulgę.

Praktický Lékař.

Nr. 24. 1928.

Prof. Dr. A. Trýb: *Kilka statystycznych dat o kile.*

Dr. Zahalkova: *O powstaniu blaszkowatego zapalenia opłucnej (Pleuritis lamellaris).* Przypadek przez autorkę opisany potwierdza przypuszczenie przez cały szereg autorów wyrażone (Assmann, Rach, Fleischner i in.), że blaszkowate zapalenie opłucnej może powstać, jako końcowy okres wysiękowego zapalenia opłucnej, gdy płyn dotarł aż do szczytu płuc. W obrazie roentgenologicznym widoczny jest cień pasowaty 2—3 mm szeroki, widoczny tylko w pewnem ustawieniu w pasze, od pierwszego żebra aż do zewnętrznej zatoki.

Dr. E. Glücksmann: *Luhačovice a leczenie chorób żołądka i dwunastnicy.*

Dr. V. Zoubek: *Luhačovice a leczenie chorób żołądka.*

Dr. K. Koldovský: *O wgojeniu się obcych ciał wewnątrz oka.*

Dr. J. Trauber: *Przyczynek do leczena ostrych zatruć.*

Pro domo nostra:

Dr. B. Albert: *Lekarze, szpitale i instytuty społeczno-lecznicze.*

Literatura, — Referaty.

Nr. 1. 1929.

Prof. Dr. V. Libenský: *Kiła aparatu krążenia.* Wskazówki praktyczne przy rozpoznawaniu aortitis, mesaortitis, „aortite syphilitique"[1]), aortitis posterior[2]) („formes thoraciques", „formes abdominales" i „forme diaphragmatique, intermédiaire").

Doc. Dr. H. Pelc: *Statystyka a medycyna.*

Prof. Dr. J. A. Čančik: *Chlorowanie wody do picia, użytkowej i opadowej.* Ogólnie używaną metodą dezynfekcyjną wody jest chlorowanie płynnym chlorem metodą Dr. Ornsteina. Metoda ta polega na tem, że chlor, w postaci gazu, wypuszcza się wentylem redukcyjnym do naczynia, rozpuszcza się w małej ilości wody i tę się natychmiast i bezustannie odprowadza do wody, która ma ulec dezynfekcji. Działanie dezynfekcyjne występuje bardzo szybko. Przyrządy wyrabiane metodą Ornsteina, okazały się nadzwyczaj precyzyjnymi w dawkowaniu. W przypadkach w których koniecznem jest użycie większej koncentracji chloru, by uniknąć nieprzyjemny smak, należy mieszać wodę chlorową z niechlorowaną, albo użyć silnych wentylatorów, zaleca się w podobnych przypadkach używanie tlenku wodoru, tlenku siarczanego lub siarkowego[3]). Autor opisuje dokładnie sposób dostarczania wody chlorowanej w mieście Chicago. Przekonano się, że chlor, używany w małych dawkach do dezynfekcji, nie uszkadza ani rur, ani kurków, wodomierzy i t. d. Znaczenie chlorowania polega nie tylko na usunięciu z wody znacznych ilości drobnoustrojów chorobotwórczych, lecz i na otrzymaniu przy jego pomocy lepszej wody powierzchownej (przyjemnej w smaku).

Dr. V. Vondraček: *Farmakoterapja niektórych chorób środkowego układu nerwowego.*

Dr. Y. Kitek: *Rozpoznanie i leczenie nowotworów mózgu.* Leczenie nowotworu mózgowego jest bądź chirurgiczne, bądź konserwatywne przy pomocy promieni Roentgena, bądź też kombinowane. Gatelier (Uniwersytet paryski) podaje następującą statystykę po używaniu zabiegu chirurgicznego: 18% umiera natychmiast po operacji, 60% uczuwa ulgę, głównie przez działanie dekompresywne. Amerykanie podają przy leczeniu radykalnem jeszcze lepsze wyniki. Béclère entuzjazmuje się wynikami leczenia roentgenologicznego, głównie w przypadkach nowotworu podstawy mózgu np. przysadki mózgowej. Tullain radzi najpierw przeprowadzić trepa-

---

[1]) Termin używany przez cały szereg autorów francuskich (Fouget: „La syphilis du coeur et de vaisseaux sanguins").

[2]) Mongeot-Walser: „Les syndromes d'aortite postérieure" (1925).

[3]) W Ameryce przyrządy te wyrabia firma Wallace-Pierman. W Europie firma niemiecka „Chlorator" dawniej „Tryton".

nację dekompresywną a potem naświetlać promieniami X, ponieważ te bez użycia trepanacji, mogą zwiększyć jeszcze przynajmniej początkowo ciśnienie i tem stan chorego pogorszyć.

Dr. O. Kadlas: *Dermatitis eccematoides odkrytych części ciała u pracujących ze sianem.*

Dr. V. Fiala: *Leczenie niedokrewności złośliwej wątrobą.* Niewygoda leczenia wątrobą polega na tem, że w jakiejkolwiek postaci podawania „przejada" się i chory nie chce jej w żaden sposób dalej zażywać. Radzi zatem autor podawać w postaci wcierek. Prawdopodobnie najgłówniejszy składnik ergosteryna tą drogą również ulegnie wchłonieniu przez skórę. Przetwór ten nazwany „Opodermol" dostarcza firma „Medica" w Pradze.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwa francuskie.

Immunite.

Maj 1929.

Czy niepowodzenie w szczepieniu przeciw lasecznikowi okrężnicy może posłużyć za wskazanie do appendektomji? Kwestja leczenia zapalenia przewlekłego wyrostka robaczkowego pozostaje kwestją wciąż aktualną i jest ciągle tematem namiętnych dyskusyj.

Z jednej strony chirurdzy, opierając się na kilku wypadkach, spowodowanych przez zbyt długie wyczekiwanie, posługują się tym argumentem, by zalecać appendektomję prawie systematyczną.

Z drugiej strony lekarze a zwłaszcza gastro-enterolodzy, wzruszeni ciągle wzrastającą ilością okaleczonych i kalek przez zrosty jamy brzusznej pooperacyjne, żądają, by wskazania operacyjne były podawane z większą skrupulatnością. Często trudnem jest stwierdzenie po której stronie jest prawda, ale w każdym bądź razie nie należy przesadzać ani w jednym ani w drugim kierunku.

Ostatnio Dr. Mossé, w jednym ze swych artykułów, radzi systematyczne zniesienie wyrostka robaczkowego u wszystkich dzieci między 5 a 10 rokiem, wskazując na niebezpieczeństwo na które naraża zachowanie tegoż.

Jednak, jak to zauważy' Prof. Jean Lonis Fanze, zabieg ten systematyczny nie jest rzeczą możliwą tak ze względów moralnych jak materjalnych.

Nie może być mowy o appendektomji obowiązkowej, jak to się dzieje ze szczepionką ochronną przeciw ospie, albowiem niema prawa „qui tienne devant la brutalité d'une mort", (któreby przetrwało w obliczu brutalności śmierci). Otóż mimo postępy w chirurgji, śmiertelność, jak minimalną by nie była, niemniej istnieje. Mossé mówi w swym artykule o śmiertelności 1 na 5.000 — 1 na 10.000, a Prof. J. L. Faure uważa, że cyfry te są zbyt optymistyczne i że należałoby przyjąć śmiertelność 1 na 1.000. W tych warunkach niemożliwością jest myśl o przymusowej appendektomji.

Przypuśćmy na chwilę, że jest to przymusowe! Czyż byłoby to do zrealizowania?

Prawdopodobnie nie. Co rok znajduje się we Francji około 600.000 dzieci między 5 a 10 rokiem. Gdzieżby się znalazło tylu chirurgów by móc dokonać 600.000 zabiegów w ciągu jednego roku. W tych warunkach jest się zmuszonym wskazać konieczność operacji tylko wtedy, gdy są wątpliwości co do stanu wyrostka. Wystarczy podejrzenie zapalenia i im wcześniej chory zostanie poddany zabiegowi, tem większą mu się odda przysługę.

Taki jest pogląd wielu chirurgów, pogląd może trochę przesadzony i który obok wielu drobnych wyników, powoduje pewną ilość „péricolitis" pooperacyjnych.

Operując tych wszystkich, którzy cierpią mniej lub więcej w okolicy prawego boku jest rzeczą oczywistą, że się tem ułatwia ogromnie trudności djagnostyki, ale też się ryzykuje usunięcia wyrostka u chorych jedynie na „typhlocolitis".

Konsekwencją więc nieuchronną wprost byłoby wówczas utworzenie się zrostów pooperacyjnych i w następstwie, zły stan chorego w niczem nie ustąpiłby poprzedniemu.

Zresztą nie wszyscy chirurdzy są tego zdania, by systematycznie poddawano chorego zabiegowi, wielka część tychże żąda ścisłego rozpoznania.

Już nie żyjemy w tych czasach, kiedy wystarczało stwierdzić ból w punkcie Mac Burney'a, by postawić djagnozę appendicitis przewlekłego; wiemy teraz doskonale, jak należy być ostrożnym przy rozpoznaniu zapalenia ślepej kiszki. Badania radjologiczne są szczególnie cenne i pozwalają na dokładne umiejscowienie bólu w stosunku do caecum, i dla stwierdzenia sposobu napełniania się jak i opróżniania się wyrostka.

Badanie kału jest tak samo konieczne, albowiem pozwala na wykrycie stanu zapalnego kiszek, lub zaburzeń w czynnościach trawienia, a przedewszystkiem na znalezienie jajek pasorzytów, które, zamieszkując okolicę caecum, mogą się objawić w sposób podobny do appendicitis przewlekłego. Ostatnio (6. IV. 1929) Damaso de Rivas w „Journal of the American Médical Association" ogłasza wiele ciekawych obserwacji chorób pasorzytniczych jelitowych, dających objawy podobne do appendicitis. Mikrofotografje, załączone do artykułu, wskazują głównie na istnienie glisty robaczkowej i ameby dyzenterji w świetle wyrostka. Przytaczając analogiczne obserwacje Gonsales et de Cope, zaznacza, po Leonardzie Roger, że wielu chirurgów nie jest z tem dostatecznie obznajomionych i z tego powodu chorzy niektórzy są poddani zabiegowi bez żadnego dla nich pożytku.

We Francji wypadki pasorzytnictwa kiszek były dobrze przestudjowane przez Léo, lecz wydaje się, że prace tego chirurga nie zyskały rozgłosu, na jaki zasługiwały.

W Ameryce w ostatnich miesiącach odbywa się silna reakcja przeciw przesadnie częstym postępowaniom chirurgicznym, i podają między innemi w towarzystwach lekarskich i chirurgicznych, że obok wielkiej ilości chorych, których stan nie został polepszony operacją, istnieje conajmniej 10% takich, których stan się znacznie pogorszył.

Argumentem rozstrzygającym w tej dyskusji powinno być ryzyko, na jaki chory jest narażony, jeśli zachowuje wyrostek w stanie stale zapalnym. i czy zapalenie przewlekłe może spowodować zaburzenia ostre?!

Na to odpowiadają Martel i Antonie, że nigdy dotąd nie widzieli zapalenia przewlekłego wyrostka robaczkowego, przechodzącego w stan zapalny, ostry. Należałoby więc rozróżnić stan zapalny ostry wyrostka, który przez wzgląd na prognostykę, wskazuje na konieczność zabiegu szybkiego, od zapalenia przewlekłego, gdzie zabieg staje się wskazanym jedynie ze względu na silne bóle i zaburzenia odruchowe, ale nigdy przez wzgląd na możliwość ciężkich powikłań.

W jednym z ostatnich artykułów w „Echo Médical du Nord", Gaehlinger uważa, twierdzenie niemożliwości ostrych powikłań w przebiegu appendicitis przewlekłego za przesadzone, gdyż sam był świadkiem takich wypadków. Niemniej jednak sądzi, że powikłania te nie są dostatecznie częste, by można się było na tem opierać dla wskazania systematycznego zabiegów chirurgicznych, jak tego chcą niektórzy.

Jako wskazanie do operacji podaje objaw ciekawy i niezbyt znany, a mianowicie:

pomiędzy chorymi na „typhlocolitis" przewlekłe i na przewlekłe „appendicitis", szczepionka „per os" wywołuje reakcje odmienne od jednego chorego do drugiego.

Z tego też powodu szczepionka mogłaby przedstawiać pewną wartość w celach rozpoznania jak i rokowania.

Niektórym chorym, pod wpływem szczepionki, dobrze przeprowadzonej, stan się bardzo polepsza i wystarcza od czasu do czasu powtórzyć szczepienia, by spowodować całkowity powrót do zdrowia. W innych wypadkach rezultaty nie są stałe i nim szczepionka jest skończona, bóle na nowo się rozpoczynają.

W innych jeszcze przypadkach szczepionka nie daje żadnego rezultatu.

Według autora pożądanem jest, by w takich wypadkach zbadać na nowo i dokładnie chorego, i stwierdzić, czy poprzednie badanie było dostateczne, czy nie było pomyłki w djecie lub w terapji. Gdy powody te zostaną wyeliminowane, należy pomyśleć o tem, że przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego zakaża ustawicznie okrężnicę i jest powodem procesu septycznego.

Po kilku próbach szczepionki, jeśli ciągle niema rezultatu, można i należy polecić zabieg chirurgiczny i wtedy dopiero otrzyma się wynik ostateczny.

Autor poleca również, by przedłużać szczepionkę aż do chwili operowania, by ochraniać miejsce, które ma być poddane zabiegowi, „filtratami szczepionki", i by przeciągać leczenie szczepionką „przeciw bacterium-coli" podczas pierwszych tygodni pooperacyjnych.

Wyjaśnienie jego jest dosyć ciekawe; opiera się ono na dawnej koncepcji Okinczyca: wyrostek robaczkowy utrzymuje stałość środowiska bakterji jelitowych i stanowi rodzaj „matki drobnoustrojów". W chwili zapalenia wyrostka, wyrostek zakaża bezustannie i ciągle okrężnicę, biorąc na siebie rolę „mater infectionis".

Oczywiście, że niełatwą jest rzeczą, stdwierdzenie słuszności tej pomysłowej hypotezy, mimo to wydaje się ona możliwą w świetle faktów klinicznych.

Kiedy się leczy chorych na zapalenie okrężnicy, ma się wrażenie, że u niektórych nawroty są spowodowane przez ciągłe i ustawiczne zakażanie się („reinfection").

Czy jest ono pochodzenia nosowo-gardłowego, czy pochodzi z pęcherzyka żółciowego, czy też z wyrostka robaczkowego, należy starać się o rozpoznanie systematyczne tego zakażenia i za każdym razem, kiedy to możliwe dociec przyczyny tej „reinfecji“. Jedynie badanie pogłębione chorych i przebiegu ich schorzenia może zadecydować w wypadkach poszczególnych.

Lenemann (Paryż).

Piśmiennictwo amerykańskie.

The Journal of the American Medical Association.

Nr. 8. 1929.

W. A. Bastedo: *Colits mucosa.* Autor jest zdania, że cały szereg przypadków śluzowego zapalenia okrężnicy może być wyleczonym, lecz leczenie musi trwać dłuższy okres czasu. Widział chorych w nadzwyczaj poważnych stanach nerwowych, u których po leczeniu stan się znacznie poprawił. Wielkim błędem jest leczyć chorych jako nieprzyjemnych neurasteników i zaniedbywać leczenie wewnętrzne. Koniecznem jest długi czas mieć chorego w swej pieczy i po usunięciu patologicznego stanu nerwowego i toksemji. Dalsze, przewlekłe trwanie choroby lub nawrót objawów jest często wynikiem zaniedbania ze strony lekarza lub chorego. Autor uważa za szczyt absurdu twierdzenie niektórych lekarzy, że prognoza jest bezwzględnie beznadziejną, leczenie bez skutku. Szereg chorych psychoneurotycznych ze śluzowem zapaleniem okrężnicy jest ofiarą otoczenia albo zarozumiałych i spaczonych ambicyj; jeszcze większą winę ponosi poczucie ich bezużyteczności. Znajomość stosunków rodzinnych, poznanie charakteru, grzeczna dyskusja większą da korzyść aniżeli leki i eksperymenta laboratoryjne. Autor w leczeniu wewnętrznem colitis mucosa oprócz djety stosuje irygacje z domieszką oliwy, chlorkiem rtęciawym. Niekiedy dobrą jest sól. Chorym silnie nerwowym podaje brom po śniadaniu i kolacji. Dobrą okazała się mieszanka walerjany z chloroformem. Strychnina jest przeciwwskazaną,

S. J. Stewart: *Zwichnięcie stawu żebrowo-kręgowego.*

T. Vergeer: *Pies nosicielem tasiemca.*

J. B. Hawes i E. Friedman: *Tłumaczenie roentgenogramów gruźliczych gruczołów tchawico-oskrzelowych.* Autor dochodzi do wniosków, że 1) na podstawie obrazu roentgenologicznego nie należy rozpoznawać gruźlicy wnękowej, 2) obecność powiększonych gruczołów tchawico-oskrzelowych, wykazana roentgenem, przy braku objawów klinicznych nie musi koniecznie oznaczać gruźlicę aktywną wnęki albo zdeklarowaną gruźlicę jakiegokolwiekbądź rodzaju, 3) zwapnienie guzków, występujące w obrazie roentgenowym, szczególnie gdy poprzednie zdjęcia nie wykazywały żadnego zwapnienia, wskazuje na proces gojący .W tych przypadkach, przy braku objawów i oznak klinicznych, nie jest koniecznem leczenie szpitalne, 4) często powtarzane badania roentgenograficzne posiadają olbrzymie znaczenie dla poznania postępu chorobowego każdego indywidualnego przypadku. Absorpcja cienia wnęki i wzrastanie zwapnienia są wskaźnikami, że proces gojenia przebiega korzystnie, 5) Przy wyborze dzieci do letnich obozów i letnisk głównemi wskaźnikami dla lekarza i rozstrzygającem jest długa i bliska styczność z przypadkiem otwartej gruźlicy płuc oraz dodatni odczyn Pirqueta. Uwagę należy oczywiście zwrócić na dzieci nie należycie żywione i o małej wadze.

J. Kennedy: *Oznaczanie grup krwi, używane w szpitalach Stanów Zjednoczonych i Kanady*

The Journal of Nervous and Mental Disease.

Nr. 1. 1929.

J. Fulton i P. Bailey: *Nowotwory w okolicy III komory: ich rozpoznanie i stosunek do patologicznego snu* (ciąg dalszy).

O. C. Perkins: *Glejak (glioma) rdzenia.* Opis niezwykłego przypadku, tyczącego się glejaka, zajmującego lewą stronę rdzenia od decusatio pyramidorum do środka oliwy. Objawom, wywołanym nowotworem, towarzyszył zespół tętnicy móżdżkowej tylnej z dodatkowem zajęciem nerwu podjęzykowego i piramid.

A. C. Dannemann: *Odczyny nerwowe psychiczne weronalu: opis przewlekłego otrucia weronalem.* Symptomatologja otrucia weronalem nic wykazuje nic charakterystycznego. Przyczyną otrucia jest nadmierne używanie hypnotyku, zaś choroba umysłowa nie wywiera w tym kierunku żadnego wpływu.

N. Savitsky i S. O. Goodhard: *Oznaki zakażenia w wegetatywnej symptomatologji neuroz*

S. E. Jeliffe: *Napady okulogyniczne*[1]*, jako poniewolne fenomena po zapaleniu mózgu: ich występowanie, objawy i tłumaczenia.* (Oculogyrie Crises as compulsion Phenomena in Postencephalitis). (Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Niemcy nazywają te napady „Blickkrämpfe“ albo „Schauanfälle“.

Piśmiennictwo niemieckie.

Wiener klinische Wochenschrift.

Nr. 7. 1929.

Dr. J. Goldstein (I. Klinika uniwersytecka we Wiedniu). *Zmiękczenie kości u mężczyzn a Vigantol.* Autor opisuje przypadek zmiękczenia kości u mężczyzny, który był charakterystyczny z powodu swego postępowego, długoletniego przebiegu z silnemi bólami w kościach, szczególnie w kości krzyżowej, miednicy i udach. Zdolność ruchowa uległa znacznemu ograniczeniu, postać zmniejszyła się. W końcu zanika zupełnie zdolność ruchowa. Tyłuboczne skrzywienie kręgosłupa w wysokim stopniu, zniekształcenie klatki piersiowej, typowe zmiany w miednicy. Vigantol zastosowany jednocześnie z naświetlaniem klatki piersiowej, zmniejszył w przeciągu kilku tygodni bóle i przywrócił w wybitnym stopniu zdolność ruchową. Podawano z początku dziennie 25 kropli 1%-wego roztworu, później 2 razy 25 kropli. Jakiegokolwiek szkodliwego działania nie zauważono.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 23 stycznia 1929.

Przewodniczący: Prof. Latkowski.
Obecnych 80.

Przyjęto nowych członków: Kol. Przybylską Helenę, Kol. Lustiga Juljana, Kol. Goldberga Leona.

Demonstracja z II kliniki wewnętrznej U. J. i kliniki ginek. położn. U. J.

Doc. Keller i kol. Powązka przedstawiają przypadek ropnia płuc.

W dyskusji: Kol. Wojciechowski.

Z kliniki neurologiczno-psychjatrycznej: Prof. Piltz przedstawia przypadek Encephalitis epidemica, oraz przypadek hallucinosis potatorum. Kol. Brzezicki przedstawia przypadek dystonji. Kol. Godłowski przedstawia przypadek narcolepsji.

W dyskusji kol. Ślączka podkreśla, że hypoteza kol Godłowskiego co do przedostawania się inkretu przysadki mózgowej do komory III jest bardzo śmiałą i zauważa, że wobec tego i w hypopituitaryźmie też powinno się znajdować objawy narcoleptyczne. Prof. Latkowski zapytuje kol. Godłowskiego czy w przypadku tym była badana przemiana purynowa, gdyż według badań amerykańskich w przypadkach z poliurją występują zmiany przemiany purynowej. W klinice wewnętrznej takie zmiany stwierdzono. Zaburzenia te mogłyby być potwierdzeniem, że chodzi tu o zmiany w zwojach mózgowych, a nie zmiany przysadki; w diabetes insipidus pituitryna działa, gdy podaje się równocześnie theocynę. Kol. Godłowski w odpowiedzi.

Z kliniki ginekologicznej: Kol. Stępowski przedstawia przypadek wady rozwojowej płodu ośmio miesięcznego, który stał się powodem zabiegu operacyjnego podczas porodu, u pierwiastki l. 28. Zgłosiła się ona do kliniki już po odejściu wód płodowych z silnemi bólami porodowemi trwającemi od szeregu godzin. Badanie szczegółowe nie wykazało żadnych zmian chorobowych w organach wewnętrznych. Macica wielkością odpowiadała ośmiu miesiącom ciąży. Położenie płodu, jakoteż tętna płodu przy zewnętrznem badaniu ginekologicznem stwierdzić się nie dało. Pacjentka ruchów płodu w ciąży nie czuła. Przy badaniu wewnętrznem okazało się, że w ujściu zewnętrznem macicy, rozwartem na małą dłoń sterczą stópki płodu niedonoszonego. Nie przeczuwając żadnych komplikacji pozostawiono poród siłom natury. Dopiero po dwudziestu czterech godzinach, kiedy mimo silnych bólów płód się nie urodził a powtórne badanie wewnętrzne wykazało stan jak przy pierwszem badaniu, uśpiono pacjentkę celem stwierdzenia szczegółowego, co jest przyczyną przeciągania się porodu. Okazało się, że wnętrze macicy wypełnione jest balonowato rozdętym brzuchem płodu, który nie pozwala na urodzenie się siłami natury. Ponieważ wszelkie próby wydobycia płodu ręcznie zawiodły zastosowano instrumenty i przebito ścianę brzuszną dziecka. Po otwarciu jamy brzusznej wylało się około

$1^1/_2$ litra płynu, jasnego, surowiczego, poczem płód już bez dalszych trudności wydobyto na zewnątrz. Badanie wykazało, że płyn gromadził się nie tylko w jamie brzusznej płodu, ale przedewszystkiem w rozdętej do znacznych rozmiarów kloace, która pozostała wobec niewytworzenia się septum vesicorectale i nieoddzielenia rectum od pęcherza. Do rozdętej i wypełnionej płynem kloaki uchodziły moczowody i obie trąbki płodu. Szczegółowe wyniki badania i przyczyny wytworzenia się tej wady rozwojowej ogłoszone będą później. Kol. Stępowski zwraca uwagę na trudności djagnostyczne, jakie może nastręczać stwierdzenie tej wady w ciąży i podczas porodu i przypomina podobny przypadek wady rozwojowej u płodu męskiego przedstawiony swego czasu w Tow. Lek. przez Doc. Szymanowicza. (autoreferat).

Posiedzenie z dnia 30 stycznia 1929.

Przewodniczący: Prof. Latkowski.

Obecnych 55.

Demonstracje: Z oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza: Kol. Kołtun przedstawia przypadek aneurysma aortae i lues pulmonum interesujący ze względu na trudności rozpoznawcze. Prof. Latkowski zaznacza, że w przedstawianym przypadku zmiany płucne mają charakter więcej kiłowy niż gruźliczy. Już chociażby z tego, że chory wyżył 32 gr K. J. można wnioskować, że nie jest to gruźlica, gdyż jod uczynnia bardzo łatwo sprawę gruźliczą. Zdjęcie roentgenologiczne też przemawia w tym przypadku za sprawą kiłową.

Z oddziału ginekologicznego szpitala św. Łazarza kol. Szurzec przedstawia 4 preparaty przebicia macicy po usiłowanem spędzeniu płodu.

W dyskusji Dr. C. Zubrzycki wyjaśnia, że przedstawione preparaty należą do okazów muzealnych. Omawia sposoby chirurgicznego postępowania w przypadkach przebicia macic ciężarnych. Jest zdania: że w każdym przypadku zupełnego przerwania ciągłości ściany macicy należy otworzyć jamę brzuszną celem kontroli. Czy ograniczyć się w danym razie li tylko do zeszycia rany w macicy czy też usunąć ją w całości uzależnia od całego szeregu czynników, a mianowicie: 1) czy w danym razie usunięto całe jaje w czasie wyłyżeczkowania, 2) czy przebicia dokonano w warunkach bezwzględnie aseptycznych, 3) czy przypadek jest zupełnie świeży, 4) czy istnieje pewność, że kanał przebicia jest niepowikłany, 5) czy dana osoba posiada w całej pełni zdolność rozrodu. Jako moment mniejszej wagi ale nie pozbawiony znaczenia wymienia wiek chorej. (autoreferat).

Kol. Niewola zaznacza, że o ile problematyczną jest rzeczą podać pewną statystykę poronień, to tem więcej trudno jest określić częstość obrażeń macicy. Trzeba pamiętać o tem, że ogłaszane przypadki obrażeń macicy są raczej wyjątkami a nie przedstawiają reguły: między zaś przypadkami publikowanemi z przyjemnością mówi się tylko o tych, które skończyły się szczęśliwie. Dla Niemiec przyjmuje Bumm cyfrę około 300.000 poronień rocznie i 1% tylko obrażeń macicy co na rok wynosi 3,000 skaleczeń. W szkole położnych obserwowano w przeciągu kilku lat 8 przypadków przebicia macicy, z czego 4 własne a 4 z poza oddziału. Obrażenia macicy drutem grubym obserwowano dwukrotnie. Z pośród tych 8 przypadków w jednym tylko usunięto doszczętnie macicę drogą brzuszną z wynikiem pomyślnym; w drugim przypadku po przebiciu macicy przez lekarza na prowincji i obserwacji na oddziele, po otwarciu brzucha w 9-tym dniu, ponieważ sieć poprzez dziurę w macicy znajdowała się w pochwie; brzegi rany odświeżono i zaszyto. Zdecydowano się na ten najwyższy stopień konserwatyzmu, ponieważ u pacjentki nie było żadnej reakcji i była to osoba młoda, zdrowa no i bezdzietna. W rok potem osoba ta urodziła na klinice prof Rosnera dziecko zdrowe siłami natury i połóg potem przebyła bez powikłań. Sześć innych przypadków leczono konserwatywnie; u czterech obserwowano objawy takie jak bolesność dołem brzucha, ciepłotę do 38°; w dwóch wzdęcie brzucha a więc objawy przemawiające za uszkodzeniem macicy. Wszystkie te pacjentki opuściły szpital w stanie dobrym. Na podstawie tego doświadczenia trzeba przyjść do wniosku, że wśród obrażeń macicy w zależności od narzędzi, operatora, aseptyki i innych okoliczności są takie przypadki, które nadają się do leczenia konserwatywnego, do rewizji jamy brzusznej i do doszczętnego usunięcia skaleczonej macicy. Należy zatem w każdym przypadku postępować indywidualnie, gdyż i ten sposób leczenia daje dobre wyniki. (autoreferat).

Kol. Szlank jest zdania, że ważną jest kwestją czy operować przebicie macicy czy nie. Nieraz jest trudno ocenić czy nastąpiło przebicie. Wypadki przebicia nie stwierdzone operacyjnie są bardzo niepewne co do swego rozpoznania. Przytacza odpowiedni przypadek. Kol. Goldberger w sprawie przypadku 3-go demonstrowanego przez kol. Szurzeca. Kol. Herbst: demonstracja preparatu z guza jajnikowego (włókniaka jajnika) stwierdzonego histologicznie. Kol. Goldberger przedstawia przypadek cysty ovarialnej ciekawy ze względu na nietypowe wywiady.

W dyskusji zabiera głos kol. Szlank, który podkreśla, że przypadek ten jest przedstawiany jako pendant do tych przebitych macic demonstrowanych poprzednio.

Odczyt kol. Syropa p. t.: „Zakażenie jamy ust jako źródło innych chorób organizmu. Rozpoznanie i leczenie".

W dyskusji zabierają głos: Prof. Walter, który stwierdzao, że wywody kol. Syropa znajdują ze strony klinicznej potwierdzenie w dermatologji. Wspomina o alopecia areata, w której to sprawie chorobowej dużą rolę odgrywa zakażenie ze strony jamy ustnej, podobnie jak w etjologji lupus erythematodes. Dalej omawia prof. Walter streptokokową teorję prof. Krzyształowicza, a następnie sprawę staphylokokowych zakażeń we furunkulozie.

Kol. Szczeklik zauważa, że według spostrzeżeń II kliniki wewnętrznej poczynionych nad materjałem dotyczącym endocarditis lenta, spraw reumatycznych, zakażeń o nieznanej etjologji, leczenie przyczynowe jamy ustnej (ekstrakcji chorych zębów usuwanie ropni okołozębowych) nie dało ani razu wyniku dodatniego t. z. nie wpłynęło leczniczo na właściwą sprawę chorobową. Kol. Szczeklik zapatruje się dość sceptycznie na znaczenie sepsis oralis, dla zakażeń o nieznanej etjologji. Sądzi, że zmiany okołozębowe, jak ropnie i t. p.; należy raczej podciągnąć pod ogólne schorzenie ustroju zależne od zaburzeń w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, od wadliwej przemiany materji, nieprawidłowej czynności systemu wegetatywnego, niż przypisywać im zasadnicze znaczenie w etjologji innych chorób.

Kol. Schwarzbart przemawia w sprawie leczenia przy sepsis oralis. Na sepsis oralis należy zawsze patrzeć głębiej i krytycznie, optymistycznie nie należy zapatrywać się na statystyki przytaczane przez amerykańskich autorów. Należy zawsze zwracać uwagę na jamy nosowe, migdałki, gdzie również może tkwić przyczyna zakażenia ustroju. Kol. Mester: Sepsis oralis jest pewnym poddziałem focal infection. Przytacza statystyki obcych autorów, które nie są tak pochlebne dla sepsis oralis.

Prof. Latkowski mówi o różnych drogach zakażeń septycznych, które nietylko drogą ustną powstają; stwierdza, że endocarditis lenta jest nieuleczalną sprawą, a ogłaszane wypadki wyleczeń nie były należycie rozpoznane. W sprawie rozpoznania sepsis wyhodowanie bakterji z krwi jest ważne, ale nie jest decydującem, bo nie zawsze można je wytwarzać; limfocytoza nie jest charakterystyczną dla sepsis, lecz przesunięcie obrazu leukocytów, i znajdywań śródbłonków. Dla etjologji reumatyzmu równie ważne jest zapalenie błony śluzowej gardła nawet nie ropne i wykazanie w jamie nosowo gardłowej streptokoków jadowitych, a nie koniecznie ropnie okołozębowe. Często też przy chronicznych zmianach kataralnych gardła stwierdza się zmiany stawów chroniczne, uszne, spondylo - arthritis kręgów szyjnych.

Kol. Blassberg zaznacza, że bardzo często w praktyce codziennej spotyka się lekarz z długotrwałemi stanami podgorączkowemi, których utajonej przyczyny dociec nie może i które bardzo często po roentgenologicznem stwierdzeniu powiększonych gruczołów śródpiersiowych dostają etykietę „gorączki gruczołowej" i stanowią pewną część kontyngentu lecznic płucnych w uzdrowiskach. Tymczasem przyczyna tkwić może w opisanej przez prelegenta oral sepsis, a po usunięciu przyczyny znika cierpienie. Analogicznie może mieć ukrytą przyczynę uporczywy reumatyzm stawowy. Niedawno obserwował w krakowskim szpitalu izraelitów przewlekłe i długotrwałe zapalanie i obrzęk stawów, które bardzo szybko ustąpiły po radykalnem usunięciu migdałków gardlanych. (autoreferat).

Kol. Syrop w odpowiedzi.

Posiedzenie z dnia 6 lutego 1929.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 30.

Odczyt Dr. Owsińskiego Józefa p. t. „Sprawozdanie z wycieczki hygjenicznej po Włoszech zorganizowanej przez Ligę Narodów".

W dyskusji zabierają głos: Kol. Boczar w sprawie ankylostoma duodenale, które znajduje się w ziemi. Omawia dokładniej sposoby zakażenia się tym pasorzytem i twierdzi, że nie ziemia lecz odchody chorych są zakaźne.

Prof. Latkowski zapytuje o język wykładów. Dr. Owsiński podaje, że językiem urzędowym był język włoski. Pułk. Maciąg zapytuje jak została rozwiązana sprawa ubezpieczenia społecznego.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Eugenjusz Lewenstern.

W dniu 26 marca b. r. zmarł w Warszawie Dr. med. Eugenjusz Lewenstern, ordynator oddziału chirurgicznego szpitala Polskiego Czerwonego Krzyża.

Urodzony w r. 1873 w Ołtarzewie (pow. Warszawski) szkołę średnią i wydział lekarski ukończył w Warszawie. Od r. 1898 po ukończeniu studjów pracuje do r. 1915-go pod kierunkiem ś. p. Andrzeja Ciechomskiego. W r. 1915 obejmuje oddział chirurgiczny w szpitalu Czerwonego Krzyża w Warszawie i prowadzi go do ostatniej chwili.

Śmierć zabrała nam człowieka niepospolitego umysłu i szlachetnego charakteru.

Jako gorący patrjota, kochający swój kraj ojczysty położył On niemałe zasługi na polu rodzimej nauki lekarskiej. Biorąc czynny udział w pracach naukowych Warszawskiego Tow. Lekarskiego (na czele sekcji chirurgicznej) oraz T-wa Chirurgów Polskich (długoletni sekretarz T-wa) zbogacił naukę polską, ogłaszając cały szereg prac z zakresu swej specjalności w czasopismach lekarskich. A miał potemu dane, gdyż umysł Jego wszechstronny i krytyczny, obdarzony niezwykłym darem obserwacyjnym, przy rozległej praktyce lekarskiej, potrafił z łatwością poczynić wiele spostrzeżeń, które następnie stały się podwaliną Jego prac naukowych.

Śledził pilnie postęp wiedzy lekarskiej zagranicą, jeżdżąc na Zjazdy Międzynarodowego Tow. Chirurgów, którego był członkiem i studjując bezustannie literaturę obcą. Głęboka wiedza fachowa dała Mu rozgłos świetnego chirurga, — bo był On też takim w istocie. Trafny djagnosta pozornie nieuchwytne drobne objawy szeregował i wiązał logicznie z istniejącą chorobą, co nadawało Jego djagnozie cechy intuicji. Operował szybko, bo nie czynił niecelowych ruchów, dokładnie i delikatnie, co wyraz miało w Jego iście mistrzowskiej technice operacyjnej. Prognozę zawsze stawiał oględnie i nie odstępował nigdy od łóżka chorego, którego stan wydawał się beznadziejnym. Każda operacja i najdrobniejszy zabieg lekarski był podporządkowany zasadzie: „w pierwszym rzędzie nie szkodzić", tem też się tłómaczą Jego dobre wyniki leczenia.

Jednak nietylko wiedzą swoją zyskał zaufanie swych chorych, zaskarbiał je sobie sercem szlachetnem. Czuły na cierpienie i ból ludzki rozumiał swych chorych niedolę, spieszył im więc z pomocą i poświęceniem, gdy zaś Mu nauki nie stało na zwalczanie nieuleczalnej choroby, wspierał materjalnie nieszczęśliwe rodziny, tracące nieraz w chorym swego jedynego żywiciela. Czynił dobrze, z umiłowania Dobrego, w głębokiej tajemnicy przed wszystkimi, a nieraz, gdy przypadkiem stały się wiadome otoczeniu Jego szlachetne uczynki, był bardzo zażenowany i starał się je zbagatelizować.

W pamięci naszej widzimy Go zawsze w gorączce pracy, nie mającego czasu wytchnienia, gdyż poświęcał On go całkowicie chorym. Spieszył chorym z pomocą bez różnicy ich pochodzenia i sytuacjin materjalnej, dostęp mieli oni do Niego łatwy — ufali mu bezwzględnie, od pierwszego wejrzenia zdobywani Jego prostotą duszy i miękkiem sercem. Obowiązkowość posunięta do poświęceń nie dawała mu zażyć odpoczynku; już z widocznemi objawami choroby, która położyła kres Jego życiu, pracował jeszcze w ciągu długich tygodni, a z ostatnich odwiedzin chorego wracając, ledwo już wszedł na schody własnego mieszkania.

Tym, z którymi pracował, świecił przykładem, największe wymagania stawiając przedewszystkiem sobie, serdeczny i przyjazny posiadł ich miłość szybko, a praca Jego współpracowników była dla nich lekką i była niejako wyrazem uwielbienia dla Niego.

Dziś gdy Go już nie stało — Jego całe życie jest księgą wzoru dla pozostałych, jak należy pojmować szczytny i ciężki obowiązek pracy nad cierpieniem ludzkiem.

Cześć Jego pamięci!

(—) *Mieczysław Srokowski.*

* * *

Wykaz prac ś. p. Dra Eugenjusza Lewensterna, ogłoszonych drukiem.

1) Przypadek ciężkiego krwawienia z tętnicy międzyżebrowej do jamy opłucnej. (Gaz. Lek. 1900, str. 28).

2) Przypadek tętniaka urazowego tętnicy szyjowej wewnętrznej. (Gaz. Lek. 1901, str. 655).

3) O uszkodzeniach kiszek pochodzenia urazowego przy zachowaniu całości powłok brzusznych. (Gaz. Lek. 1907, str. 947 — 975).

4) Guz nerwu promieniowego. (Pam. W. T. L. 1906).

5) Przegl. Chir. Gin. R. 1913, str. 238: Przypadek zakażenia ustroju ludzkiego przez ziarenkowce czworacze.

6) Operacja doszczętna w ropieniu dwustronnem jamy bębenkowej. (Przegl. Chir. Gin. 1913, str. 104).

7) Podwiązanie żyły w przypadku endarteritis obliterans. (Przegl. Chir. Gin. 1913, str. 104).

8) Odwrotny układ wnętrzności. (Przegl. Chir. Gin. 1913, str. 106).

9) Padaczka Jacksona leczona operacyjnie. (Pam. W. T. L. 1914).

10) Przypadek mięsaka czarnego. (Przegl. Chir. Gin. 1914, str. 78).

11) Wrzód dwunastnicy przedziurawiony. (Przegl. Chir. Gin. 1914, str. 86).

12) Z kazuistyki ran kłutych nerki. (Przegląd Chir. Gin. 1914, str. 129 i 221).

13) T. b. c. stawu biodrowego leczone z powodzeniem nasłonecznianiem. (Przegl. Chir. Gin. 1914, str. 216).

14) Usunięcie przydatków macicznych na skutek pęknięcia ciąży jajowodowej. (Przegl. Chir. Gin. 1914, str. 333).

15) Postrzał czaszki. (Przegl. Chir. Gin. 1922. XVIII Zjazd Chirurgów Polskich).

16) Zakażenie utajone w tkankach po ranach postrzałowych. (Przegl. Chir. Gin. 1922. XVIII Zjazd Chirurgów Polskich).

17) Zwężenie odźwiernika po otruciu ługiem. (Polski Przegląd Chir. 1923. XIX Zjazd Chirurgów Polskich).

18) Niezwykły obraz raka wyrostka robaczkowego. (P. P. C. 1924. XX Zjazd Chirurgów Polskich).

19) Z kazuistyki chirurgji śledziony. (P. P. C. 1924. XXI Zjazd Chirurgów Polskich).

20) W sprawie nowotworów mięszanych ślinianki. (Gaz. Lek. 1916).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż organizuje w roku bieżącym w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie specjalny kurs wyszkolenia dla lekarzy, którzy pragnęliby poświęcić się publicznej służbie zdrowia.

Kurs trwać będzie 9 miesięcy, a mianowicie od dnia 2 września 1929 roku do dnia 31 maja 1930 r., w czem 6 miesięcy studjów teoretycznych oraz 3 miesiące praktyki administracyjno-sanitarnej.

Kandydaci, zgłaszający się na kurs, mogą się ubiegać o przyznanie im przez Ministrestwo Spraw Wewnętrznych na czas trwania kursu stypendjum pod warunkiem, iż złożą zobowiązanie, że po ukończeniu kursu pozostaną na żądanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przynajmniej przez 2 lata w służbie przy państwowych władzach administracyjno - sanitarnych na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej, a to pod rygorem zwrotu otrzymanego stypendjum.

Stypendjum będzie wynosić 350 złotych miesięcznie.

W czasie pobytu na kursie w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie stypendyści, a w miarę możności i pozostali uczestnicy kursu, będą mogli korzystać z bursy, istniejącej przy tej Szkole, za opłatą kosztów utrzymania.

Podania o dopuszczenie na kurs, a ewentualnie i przyznanie stypendjum, należy wnosić do dnia 1 sierpnia r. b. do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie (ul. Nowowiejska 39) z załączeniem curriculum vitae oraz dowodów (oryginalnych bądź należycie uwierzytelnionych), stwierdzających:

a) wiek kandydata,

b) posiadanie obywatelstwa polskiego,

c) ukończenie studjów lekarskich i posiadanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, i

d) stosunek do służby wojskowej.

Ponadto należy w podaniu wskazać przynajmniej 2 bardziej znane osoby, które mogłyby udzielić opinji o kandydacie. Kandydaci, ubiegający się o stypendjum, powinni dołączyć zobowiązanie o którem była mowa wyżej.

O przyznanie stypendjum mogą się ubiegać kandydaci poniżej lat 35.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, na wniosek Zarządu, w związku z ogłoszonymi konkursami, przyznało następujące nagrody:

Z funduszu Dra M. Halperna, nagrodę w wysokości zł 450, Drowi Marji Skarzyńskiej-Gutowskiej z Warszawy, b. asystentce przy katedrze Fizjologji Uniw. Warsz., obecnie pracującej przy katedrze Fizjologji Szkoły Gł. Gosp. Wiejskiego, — za pracę p. t. „Działanie fizjologiczne wyciągu witaminy B".

Z funduszu Dra L. Konica, nagrodę w wysokości zł 670, Docentowi Drowi Janowi Bajońskiemu z Poznania, etatowemu asystentowi Kliniki Uniw. Poznańskiego, za pracę p. t. „Badania bakterjologiczne pochwy w porodzie i w połogu, z uwzględnieniem paciorkowców, gronkowców, prątków okrężnicy i laseczek pochwowych".

Z funduszu im. Dra M. Rejchmana, nagrodę w wysokości zł 360, Drowi Sewerynowi Cytronbergowi z Warszawy, od 7-miu lat pracującemu jako wolontarjusz, w II-giej Klinice Uniw. Warsz., za pracę p. t. „Fizjologja, patologja i klinika przewodu pokarmowego",

oraz zapomogę na dalsze studja naukowe z funduszu Dra St. Kopcia, zł 500, Drowi Józefowi Laskowskiemu z Warszawy, od lat 4-ch pracującemu jako asystent w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniw. Warszawskiego.

Kurs dla kandydatów na lekarzy publicznej służby zdrowia. W celu przygotowania lekarzy do publicznej Służby Zdrowia, Państwowa Szkoła Higjeny przy poparciu Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych organizuje rok rocznie 9-cio miesięczny kurs Higjeny Publicznej.

W roku szkolnym 1928/29 na kurs zgłosiło się 27 kandydatów.

W roku bieżącym szkolnym kurs ukończyło 25 lekarzy, z których 15 objęło stanowiska lekarzy powiatowych w państwowej Służbie Zdrowia, zaś 10 stanowiska lekarzy miejskich w większych miastach Rzeczypospolitej.

W maju b. r. w Państwowej Szkole Higjeny został zakończony trzymiesięczny kurs alkohologji i organizacji walki społecznej z alkoholizmem dla lekarzy kandydatów na kierowników przychodni przeciwalkoholowych. Kandydaci są przeznaczeni do Ośrodków Zdrowia m. st. Warszawy.

„Rodzina Lekarska" dawniej Zrzeszenie Wdów i Sierót po Lekarzach, Warszawa, Podwale Nr. 18. — Szanowni Koledzy! Ciężkie warunki pracy w zbiedzonej przez wojnę i dźwigającej się z gruzów Niepodległej Ojczyźnie dotknęły narówni ze wszystkimi pracującymi ludźmi i stan lekarski. Każdy inny zawód w kilku szczęśliwych posunięciach życiowych może zrobić z człowieka niezamożnego — człowieka zabezpieczonego na stare lata. Zupełnie inaczej jest z lekarzami. Ludzie ci mrówczą swoją pracą z narażeniem życia i zdrowia spełniają swe wielkie posłannictwo, nie dbając i nie myśląc o jakichkolwiek korzyściach materjalnych. I dlatego rodzina lekarska z chwilą utraty swego żywiciela pozostaje nieraz w opłakanych a bardzo często tragicznych warunkach. Trudno jest wyliczyć wszystkie wypadki tych cichych dramatów, które miały i mają miejsce wśród rodzin lekarskich. Fakty obłąkania, odbierania sobie życia z nędzy, zamieszkiwania z łaski kątem w izdebce stróżowskiej, śmierć od gruźlicy i wycieńczenia, a nieraz wyciągania ręki po datek, same mówią za siebie. Byłe Zrzeszenie Wdów i Sierót po Lekarzach, przemianowane decyzją Walnego Zebrania z dnia 3 marca 1929 roku na „Rodzinę Lekarską", posiada zbyt szczupłe fundusze, by nieraz zapobiec grożącej katastrofie. Wydawane zapomogi nie przekraczają 30 zł miesięcznie. Dlatego też, pamiętając, że „res sacra miser", powinniśmy ożywić szlachetne uczucie ofiarności, by przez zapisywanie się do „Rodziny Lekarskiej" i wpłacanie składek otrzeć gorzką łzę niedoli z powiek tych, które były najdroższemi naszych najbliższych.

Ufni, że inkasentki nasze (wdowy i sieroty po lekarzach) będą przychylnie przyjęte i przez Wasze Panie, wzywamy Was do zapisywania się w poczet członków „Rodziny Lekarskiej".

Uwaga: Wpisowe wynosi zł 5.—, składka miesięczna zł 1.—. Konto P. K. O. 15932. Przewodniczący (—) *Dr. W. Rogalski gen.*

Podziękowanie za Ofiary złożone na „Rodzinę Lekarską" w Warszawie. Związek Lekarzy Państwa Polskiego, Zarząd Główny zł 200. — Związek Lekarzy Państwa Polskiego w Pabjanicach zł 85. — Lecznica Związkowa zł 250. — Zrzeszenie Lekarzy Kasy Chorych zł 1277. — Dzielnica Praska Lekarzy Kasy Chorych zł 155. — Laboratorjum Kasy Chorych zł 17. — Izba Lekarska Lubelska zł 750. — Stowarzyszenie Lekarzy Polskich zł 100. Współpracownicy Sanitarjatu Kolejowego Dyrekcji Warszawskiej zł 90. — Dr. Marja Kasperowiczowa zł 200. — Drowa Celina Pawłowiczowa zł 157.50. — Drowa Sabina Gronowska 20. — Firma Asmidar zł 25. — Firma Berent i Plewiński zł 25. — Firma Balukiewicz zł 10. — Firma Makowski zł 5.

Komunikat I Zarządu Koła Medyków S. U. W. Biuro Pośrednictwa Pracy Koła Medyków S. U. W. dostarcza z pośród lekarzy i studentów medycyny wykwalifikowanych pracowników w zakresie różnych specjalności na posady: lekarzy, zastępców lekarzy, felczerów, laborantów analitycznych, laborantów bakterjologicznych, pielęgniarek(rzy) na dyżury dzienne i nocne przy chorych, robiących opatrunki, zastrzyki, masaże i t. p. zabiegi. Zapotrzebowania nadsyłać pod adresem: Biuro Pośrednictwa Pracy Koła Medyków S. U. W. Warszawa, Chałubińskiego l. 5, Tel. 114-86.

VIII Zjazd Towarzystwa Chirurgicznego Międzynarodowego. Od 23 do 26 lipca r. b. Warszawa gościć będzie w swych murach uczestników VIII Zjazdu T. Ch. M. Przewodniczącym Zjazdu będzie prof. Hartmann z Paryża. Program zjazdu obejmuje cztery tematy:

1) „Przyczyny i mechanizm zatorów pooperacyjnych". Referenci: Chiasserini (Rzym), Forgue (Montpellier), P. Govaerts (Bruksela), Matas (Nowy Orlean), Ritter (Zurych).

2) „Wyniki wycięcia żołądka we wrzodzie i dwunastnicy". Referenci: Bartrina (Barcelona), Puig Sureda (Barcelona) i Ribas-Ribas (Barcelona), Baldo Rossi (Medjolan) i Scalone (Medjolan), Claimont (Zurych), Larrennois (Paryż), Schoemaker (La Haye).

3) „Leczenie choroby Basedowa". Referenci: Berard (Lyon), Crile (Cleveland), Noguchi (Japonja), Troell (Stockholm).

4) „Chirurgja odtwórcza stawu biodrowego". Referenci Mathieu (Paryż), Ashurst (Filadelfja), Hybbinette (Stockholm), Putti (Bolonja).

Zjazdy Towarzystwa Chirurgicznego Międzynarodowego odbywają się co 3 lata. Siedzibą Towarzystwa jest Bruksela. Liczba członków jest ograniczona, zgóry określona przed zjazdem dla każdego kraju (Polaków należy obecnie czterdziestu kilku). Przedstawiciele każdego kraju wybierają z pośród siebie podczas zjazdu Komitet Narodowy, złożony z 3 lub więcej członków, z których jeden jest delegatem do Komitetu Międzynarodowego. Na ostatnim zjeździe w Rzymie zostali wybrani do Komitetu Polskiego: prof. L. Kryński (delegat), prof. A. Jurasz (członek) i ś. p. Dr. A. Zawadzki (członek).

Zjazd wybiera przewodniczącego i sekretarza przyszłego zjazdu. Na zjazd w Warszawie wybrano: prof. Hartmanna na przewodniczącego i ś. p. dr. A. Zawadzkiego na sekretarza. Na miejsce tego ostatniego powołano obecnie doc. A. Wojciechowskiego.

Liczba zgłoszeń uczestnictwa w zjeździe dosięga dotychczas sześciuset.

W sprawie krajowego wyrobu narzędzi chirurgicznych. Przed 14 laty jużeśmy poruszali w „Gazecie Lekarskiej" potrzebę stworzenia u nas fabryki narzędzi chirurgicznych. Zaznaczyliśmy wówczas, że przed stu laty sprawa ta stała lepiej niż obecnie. W r. 1819 Gustaw Mann, a w r. 1855 Ferdynand Kuliński (ze szkoły Lutera) założyli w Warszawie swe fabryki, a wyrabiane przez nich narzędzia niewiele chyba ustępywały wiedeńskim, a były lepsze od berlińskich. Na nieszczęście nie znaleźli oni odpowiednich następców. Podczas gdy zagranicą wyrób narzędzi chirurgicznych wciąż się doskonalił, u nas upadał. Łatwo zrozumieć, że nie mógł on się rozwinąć w zaborze niemieckim i austrjackim, atoli w Królestwie Polskiem miał on dobre warunki dla swego rozwoju. Na nieszczęście wskutek braku odpowiednich ludzi stało się inaczej i zamiast fabryki utworzyły się u nas liczne sklepy, handlujące towarem zagranicznym. Gdy się nawet znalazł odpowiednio wykształcony zagranicą specjalista i chciał wejść w porozumienie z istniejącymi składnikami, to go nie chcieli poprzeć, pomimo że zobowiązywał się swego sklepu nie otwierać. Założył fabrykę, wyrabiał narzędzia dobre, lecz wskutek braku poparcia po półrocznem borykaniu się wszystko stracił. Obecnie jesteśmy w tej sytuacji, że w większych miastach posiadamy sporo sklepów z narzędziami, lecz ani jednej fabryki we właściwem znaczeniu słowa. Ma to dużej wagi stronę ujemną zarówno pod względem ekonomicznym, jak i utylitarnym, gdyż stwarza dla chirurgów wiele niedogodności i często nie pozwala im rozwinąć swej pomysłowości w wynajdywaniu i udoskonalaniu narzędzi.

Poza tem na wypadek wojny stan taki może się stać dla nas katastrofalny. Przecież mamy jeszcze w świeżej pamięci, jak to podczas ostatniej wojny już po kilku miesiącach zapanował w Warszawie zupełny brak narzędzi. Z tego względu uważamy za wprost konieczne powstanie takiej fabryki, a do tego w znacznej mierze może się przyczynić ogół naszych chirurgów. Musimy tylko wystąpić tu solidarnie, zobowiązując się, że wszelkiemi sposobami będziemy popierali takiego fabrykanta, o ile tylko wykaże umiejętność i przedsiębiorczość. Choćby nawet początkowo jego wyroby nieco ustępowały zagranicznym, musimy go popierać z tem, że

będzie on swą produkcję doskonalił. Nie zapominajmy, że liczni niemieccy fabrykanci (a w pierwszym rzędzie Windler), którzy początkowo wyrabiali narzędzia o wiele gorsze od francuskich i angielskich, rozwinęli swą wytwórczość tylko dzięki poparciu chirurgów niemieckich, którzy zawsze i wszędzie operowali tylko narzędziami niemieckimi. Nie idzie tu o to, gdzie ma taka fabryka powstać; niech ją założą tam, gdzie znajdą się odpowiednie warunki, a przedewszystkiem odpowiedni kierownik. Naszym obowiązkiem będzie go popierać, a wierzymy w to mocno, iż sfery wojskowe także go poprą. Jest to temat, nad którym należałoby się zastanowić przy okazji Wystawy Poznańskiej oraz Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Wilnie. (Według Polsk. Prz. chirurgicznego). *Sawicki.*

Warszawskie Koło Ortopedów. Zamieszkali w Warszawie członkowie Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego tworzą Warszawskie Koło Ortopedów, którego Zarząd stanowią: przewodniczący, pułk. Dr. Latkowski, zastępca dr. Opacki, sekretarz dr. Kalina. Posiedzenia odbywają się w każdy drugi poniedziałek miesiąca w Wojskowym Szpitalu Okręgowym Nr. 1.

Odbyte dotychczas cztery posiedzenia poświęcone były wyłącznie złamaniom kończyny górnej: złamaniom szyjki kości ramieniowej, przyłokciowym, złamaniom typowym kości promieniowej oraz obu kości przedramienia.

Kraków.

Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiellońskiego na rok szkolny 1929/30 został obrany Prof. Dr. Jan Piltz, dyrektor kliniki neurologiczno-psychotrycznej.

Polska Akademja Umiejętności mianowała swym członkiem-korespondentem Dra Maksymiljana Rosego, docenta neurologji Uniw. Warszawskiego.

Z dziekanatu wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Podania o przyjęcie na wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego przyjmuje sekretarjat dziekanatu wydziału lekarskiego U. J. od 1 do 15 września br. włącznie. Po tym terminie żadne podania nie będą przyjęte. Do podań należy dołączyć świadectwo dojrzałości, a jeżeli w niem niema postępu z języka łacińskiego, to również świadectwo egzaminu z tego przedmiotu w zakresie 8 klas gimnazjalnych, metrykę chrztu lub urodzenia, świadectwo przynależności, ewentualnie świadectwa studjów w innym uniwersytecie (wszystkie te załączniki w oryginałach), krótkie curriculum vitae z podaniem imion i zawodu rodziców i adresem zamieszkania, oraz dokument stwierdzający stosunek do służby wojskowej. Starający się o odroczenie czesnego mają nadto złożyć świadectwo ubóstwa na przepisanym w Uniwersytecie Jagiellońskim blankiecie, potwierdzone przez urząd podatkowy. Z powodu zbyt małej liczby miejsc w pracowniach i salach wykładowych, liczba przyjętych na I. rok studjów będzie ograniczona, na wyższe zaś lata nastąpić mogłoby przyjęcie tylko w przypadkach zupełnie wyjątkowych. Rostrzygnięcie podań przez Radę wydziałową nastąpi z końcem września.

Zjazd lekarzy Kas chorych rozpoczął swe obrady w sali Muzeum przemysłowego w dniu 8 czerwca. Na porządku dziennym była tylko jedna sprawa: „Stany podgorączkowe w związku z niezdolnością do pracy". Kwestja ta ma niezmierne znaczenie dla spraw ubezpieczeń społecznych i dla ekonomiki Kas chorych i dlatego powinna być dokładnie omówiona, a pewne tezy ustalone i wprowadzone w życie. Na zjazd przybyło 73 lekarzy, łącznie z przedstawicielami Związków Kas chorych w Poznaniu (Dr. Żmigród), Lwowie (Dr. Seidel) i Warszawie, oraz ogólnopaństwowego Związku Kas chorych w Warszawie (Dr. Kłuszyński). Zjazd zagaił Dr. R. Kunicki, do prezydjum wybrano: pp. Dr. Surzyckiego (Kraków), Dr. Seidla (Lwów), Dr. Kłuszyńskiego (Warszawa) i Dr. Żmigroda (Poznań) oraz do sekretarjatu pp. Dr. Liwszyca (Kraków), Dr. Paulinę Wasserberg (Kraków).

Poznań.

Na mocy uchwały Walnego Zjazdu Lekarzy z dnia 17. II. 1929 r. w Poznaniu, powstało Poznańsko-Pomorskie Zrzeszenie Lekarzy Społeczno-Kasowych (ul. Polna 21), zarejestrowane przy Sądzie Grodzkim w Poznaniu. Wybrano Zarząd w składzie: Kol. Koronkiewicz, Zarewicz, Tomaszewski, Podwyszyński, Schild. Na zastępców Kol. Steinowa i Kol. Bielowicz. Do komisji rewizyjnej weszli Kol.: Lewiński, Herz i Ciolewo, do Sądu Koleżeńskiego wybrano: Kol. Kowalskiego, Jackowskiego i Dyducha.

VIII Zebranie Wydziału Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu odbyło się w piątek, dnia 7 czerwca 1929 roku o godz. 20,15 w sali wykładowej Kliniki Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski III p.). Porządek dzienny: 1) Komunikaty zarządu. — 2) Pokazy. — 3) Komunikat dr. Karchowskiego: O racjonalnej hodowli grzybka japońskiego (z pokazem) i o dobrych skutkach z używania jego kwasu na pewne cierpienia i choroby. — 4) Wykład. Prof. L. Skubiszewski: O przyczynach, sposobie i istocie powstawania zmian miażdżycowych w ustroju ludzkim.

Wilno.

II-gi Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego. W Wilnie podczas XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się II-gi Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego. Temat główny: „Wrodzone zwichnięcie w stawie biodrowym". Referenci: dr. Dega (Poznań) — część teoretyczna, dr. Opacki (Warszawa) — część kliniczna. Pożądane są referaty ze wszystkich działów chirurgji ortopedycznej.

Z kraju.

Zniżki dla lekarzy i rodzin w uzdrowiskach polskich w sezonie r. b.

Busk — lekarze — karty sezonowe i zabiegi lecznicze bezpłatnie, żony i dzieci — karty bezpłatnie, po 25 zabiegów ze zniżką 50%.

Gdynia — lekarze, żony i dzieci zwolnieni od taksy kuracyj-
Goczałkowice — kuracja dla lekarzy bezpłatnie, dla żon, manej.
tek i wdów po lekarzach 50% zniżki.

Hrebenów (pow. Skole) — lekarze i rodziny zwolnieni od opłat komunalnych; pensjonaty dają zniżki lekarzom.

Inowrocław — lekarze i rodziny zwolnione od taksy; wszystkie zabiegi lekarze otrzymują bezpłatnie, dla rodzin bezpłatne kąpiele solankowe.

Jaworze — wszystkie zabiegi bezpłatnie dla lekarzy i rodzin; w pensjonacie zakładowym lekarze otrzymują 15% upustu, rodziny 10%.

Krynica — lekarze otrzymują karty sezonowe i kurację bezpłatnie, żony i dzieci do lat 18-tu płacą za kurację 50% ceny normalnej.

Lubień — od taksy zwolnieni lekarze i rodziny, kąpiele siarczane bezpłatnie dla lekarzy i rodzin, za borowinowe rodziny płacą 50%.

Miłowody — zwolnienie od taksy dla lekarzy i rodzin; dla lekarzy cała kuracja bezpłatna, członkowie rodzin tylko za kąpiele borowinowe płacą 50%.

Nałęczów — dla lekarzy: porady, zabiegi hydropatyczne i kąpiele żelaziste bezpłatnie, na innych zabiegach 25% zniżki, dla rodzin na wszystkich zabiegach 25% zniżki.

Rabka — od taksy zdrojowej wolni lekarze i rodziny. Wszelkie zabiegi kuracyjne dla lekarzy bezpłatnie, dla żon i dzieci za połowę ceny.

Smukała — wszystkie zabiegi bezpłatnie i dla lekarzy i dla rodzin. Na pokojach i utrzymaniu 10% zniżki.

Truskawiec — dla lekarzy i rodzin zwolnienie od taksy kuracyjnej. Wszystkie urządzenia kuracyjne dla lekarzy bezpłatnie, dla rodzin ze zniżką 50%.

Tuchla (pow. Skole) — dla lekarzy i rodzin zwolnienie od wszelkich opłat za korzystanie z urządzeń komunalnych; właściciele mieszkań i pensjonatów chętnie udzielają zniżek.

Żegiestów — dla lekarzy i rodzin zwolnienie od taksy kuracyjnej; lekarze otrzymują bezpłatnie całe leczenie, rodziny tylko za kąpiele mineralne płacą 50%.

Redakcja otrzymała:

J. Robert Lévy, „Les anomalies du complexe ventriculaire electrique". Leur importance en clinique (Essai d'électro-cardiopronostic). Masson et Cie. Paris 1929.

W. Grzywo-Dąbrowski, „L'avortement et l'infanticide a Varsovie après la guerre. Odb. z Annales de médecine légale nr. 9, 1928 r.

Sprawozdanie z czynności Zakładu medycyny sądowej Uniw. Warszawskiego za rok 1928. Odb. z Czasopisma sądowo-lekarskiego.

Przegląd naukowego piśmiennictwa lekarskiego za rok 1928, dotyczącego preparatów leczniczych wyrabianych przez Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn Sp. Akc. Warszawa. Zawiera artykuły oryginalne, referaty, sprawozdania z posiedzeń Towarzystw Naukowych (Wyjątki w brzmieniu dosłownem) za rok 1928.